

**FACULDADE DE MEDICINA DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO
PROGRAMA DE MESTRADO EM PSICOLOGIA E SAÚDE**

ANA MÁRCIA SANCHES DE ALMEIDA VIANNA

**QUALIDADE DE VIDA DE MULHERES COM CÂNCER DE
MAMA EM QUIMIOTERAPIA NEOADJUVANTE**

São José do Rio Preto

2015

ANA MÁRCIA SANCHES DE ALMEIDA VIANNA

**QUALIDADE DE VIDA DE MULHERES COM CÂNCER DE
MAMA EM QUIMIOTERAPIA NEOADJUVANTE**

Dissertação de Mestrado
apresentada ao Programa de Pós-
Graduação em Psicologia e Saúde
da Faculdade de Medicina de São
José do Rio Preto, como parte dos
requisitos para obtenção do Título
de Mestre.

Orientadora: Profa. Dra. Neide A. Micelli Domingos

São José do Rio Preto

2015

Vianna, Ana Márcia Sanches de Almeida

Qualidade de uma vida de mulheres com câncer de mama em
quimioterapia neoadjuvante/ Ana Márcia Sanches de Almeida
Vianna

São José do Rio Preto, 2015

88 p.

Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina de São José do Rio
Preto – FAMERP

Pós-Graduação em Psicologia e Saúde

Orientadora: Prof.^a Dra. Neide A. Micelli Domingos

Câncer de mama; Qualidade de vida; Quimioterapia.

ANA MÁRCIA SANCHES DE ALMEIDA VIANNA

**QUALIDADE DE VIDA DE MULHERES COM CÂNCER DE
MAMA EM QUIMIOTERAPIA NEOADJUVANTE**

BANCA EXAMINADORA

DISSERTAÇÃO PARA OBTENÇÃO DO GRAU DE MESTRE

Presidente e Orientadora: Profa. Dra. Neide A Micelli Domingos
Instituição: _____

1ª Examinador: Prof. Dr. Newton Antônio Bordin Júnior
Instituição: _____

2ª Examinadora: Profa. Dra. M Cristina O S Miyazaki
Instituição: _____

São José do Rio Preto, 29/06/2015

SUMÁRIO

Dedicatória.....	v
Agradecimentos.....	vi
Epígrafe.....	x
Lista de Tabelas.....	xi
Lista de Apêndices.....	xii
Lista de Anexos.....	xiii
Lista de Abreviaturas.....	xiv
Resumo.....	xv
Abstract.....	xii
Introdução.....	1
Objetivos.....	17
Método.....	18
Tipo de estudo.....	18
Casuística.....	18
Materiais.....	19
Procedimento.....	21
Análise de dados.....	22
Aspectos éticos.....	22
Resultados e Discussão.....	23
Conclusões.....	35
Referências.....	36

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a minha família pela paciência e compreensão durante minhas longas ausências. Em especial aos meus pais, Joás e Mafalda pelos ensinamentos no caminho de Deus e formação de caráter, persistência, respeito e amor.

Aos meus queridos avôs Chico e Landa, que participaram na minha educação e sempre “torceram” pela minha formação acadêmica... Desde a época do colégio. Penso que escolhi trabalhar com pacientes oncológicas, ao vivenciar a experiência de minha avó, tratada com sucesso e (principalmente pela mão de Deus) de um câncer ginecológico há anos.

À minha avó Quintina, pelas orações e incentivo. Ao meu avô Pedro (*in memoriam*), exemplo de fé, humildade e amor.

Às pacientes do Hospital de Base no Instituto do Câncer, frutos inspiradores da minha carreira profissional e fontes de lição de vida. E a diretoria desta instituição pela confiança.

AGRADECIMENTOS

À minha querida orientadora Profa. Dra. Neide Micelli Domingos, que me acolheu com seu jeito de ser, me transmitiram segurança, força e coragem. Admiro sua garra e competência. Você é um exemplo de dedicação, profissionalismo, apoio e determinação, provando-nos que “há homens e mulheres que lutam um dia e são bons; há homens que lutam por um ano e são melhores; há homens que lutam por vários anos e são muito bons; há outros que lutam por toda a vida, esses são imprescindíveis” (Bertold Brecht).

À Profa. Dra. Cristina Miyazaki, antes professora, agora amiga, pronta a dar “colo” nos momentos em que mais precisei. Obrigada Cris, você é meu exemplo! Desde 1992... Ingressei na área da saúde na época da faculdade (então no 4º ano) por admirar a sua paixão pela psicologia da saúde, muito obrigada.

Agradeço primeiramente a Deus, autor e sustentador da minha vida em todos os momentos, por me lembrar através da sua Palavra que nunca estou sozinha. A Ele toda honra e glória para todo o sempre!

Aos meus queridos pais Joás e Mafalda pelo amor, orações, incentivo e paciência em todos os meus sonhos e projetos...Auxiliando em minhas ausências com as crianças. Orgulho-me tê-los como pais... Obrigada pelos conselhos sábios e repletos de carinho!

Ao meu esposo João Marcos, grande incentivador do meu ingresso no mestrado, e vida profissional. Companheiro, compreensivo, paciente, quando eu estressava. Obrigada pelo apoio nos momentos que achei que não conseguiria, por entender meus choros e horas de estudos... Essa vitória também é sua!

Aos meus lindos e amados filhos Ana Luisa e João Pedro (presentes de Deus), dando forças ajudando como podiam “Mamãe você quer água?” (João Pedro) “Mamãe você quer ajuda?” “Posso separar seus artigos?” (Ana Luisa), entendendo minha ausência e impaciência diante do cansaço.... Amo vocês! Essa vitória é também de vocês!

Aos meus irmãos Mara e Ique, cunhados Luís e Fabiana, sobrinhos Renan e Rafael, Leonardo e Lucas, pelo apoio, incentivo e carinho.

Ao meu sogro Rubens, aos 74 anos, exemplo de fé, perseverança, paciência e amor... Ficava com as crianças inúmeras vezes, até mais tarde, sem reclamar e com um sorriso nos lábios, e muita compreensão. À Maria José, pelo apoio e orações.

À minha sogra pelas refeições deliciosas que preparava para me auxiliar nos estudos e compreender minhas ausências. À tia Sandra, minha “irmã do coração”, companheira nos momentos especiais da minha vida. Meu suporte quanto aos cuidados das crianças, da casa, fazendo o almoço delicioso.... E poder contar com as suas intercessões diárias é muito bom.

À amiga Cláudia Prisco, no auxílio, tradução e revisão dos textos. Obrigada por dividir comigo aflições, anseios e alegrias no decorrer desta caminhada. À Laís por colaborar de forma eficiente e preciosa na tradução dos textos.

À Bela (Belina) minha mãe espiritual, obrigada por suas preciosas orações... Elas me sustentaram e sustentam até hoje, nas horas em que pensei em desistir.

A toda equipe de funcionários do Instituto do Câncer (Solange, Cláudia), em especial ao João Marcos auxiliando-me com toda paciência no sistema MV. A todas as secretárias e ao Ciro. Às enfermeiras, Selma, Lorena, Cris e Geovana. Ao Mateus e Diego pela sua disponibilidade em ajudar: muito obrigada.

À equipe da quimioterapia, Dr. Fábio e enfermeira Márcia, pela maneira bondosa, doce e carinhosa que tratam todas as pacientes na quimioterapia.

À amiga Lilian, companheira de todas as horas, sempre com palavras de força, carinho e orientação. À assistente social Estela, companheira e profissional.

A todos da equipe da mastologia do Hospital de Base (médicos, residentes, estagiários, enfermeiras, nutricionistas e demais profissionais do ambulatório e hospital), em especial ao Prof. Dr. Bordin, exemplo de ética, profissionalismo e dedicação às pacientes. À Dra. Silvia, amiga que sempre acreditou em mim, desde o início profissional, com suas palavras de esperança, motivação e companheirismo.

À Maria Adélia, do Registro de Câncer, sempre solícita com os dados, obrigada amiga, você foi muito importante desde o início.

As secretárias Esmeralda, Nilmara e Camila, atendendo e resolvendo com eficiência e rapidez aos inúmeros pedidos....Obrigada meninas, vocês são demais!

Obrigada professores da Pós-Graduação em Psicologia e Saúde-FAMERP (1ª turma) pelos ensinamentos, desafios e comprometimento. Em especial à Profa. Patrícia Fucuta, disponível a auxiliar na “temida” estatística. Ao professor Luciano Lorenção, você transmite “paixão” por ensinar.

Ao prof^o. Batigália, pela prontidão e valiosas contribuições ao projeto inicial.

Ao Serviço de Psicologia, amigos, colegas, residentes, aprimorandos, e secretárias pelo apoio e colaboração. À Jaque, pelo incentivo pelo e preciosas sugestões ao texto. À Thamyres, pela compreensão e apoio. Em especial ao amigo Randolpho, companheiro de todas as horas, exemplo de ética, pesquisador e profissionalismo.

Às estagiárias do curso de medicina Bruna Costa, Bruna Velani e Juliana Taranha pela ajuda na coleta e tabulação dos dados! Vocês são demais meninas!

Aos amigos especiais de mestrado pelas experiências, angústias e conquistas: Tiemi, Gabriela, Lara, Vanessa, Vanda, Aleandra, Iara, Aline e Marcos. Com vocês o mestrado se tornou mais leve e divertido! Saudades.

Às pacientes que participaram deste estudo... Aprendo com vocês todos os dias.

Muito obrigada a todos que contribuíram com este trabalho, porque ciência não se faz sozinha, e a colaboração é a chave para a evolução do conhecimento.

“Quero trazer à memória o que me pode dar esperança”.

Lamentações 3: 21

LISTA DE TABELAS

Tabela 1.	Características da qualidade de vida de acordo com a idade de mulheres com câncer de mama de acordo com a faixa etária.....	10
Tabela 2.	Taxonomia das definições de qualidade de vida segundo Farquhar (1995)	12
Tabela 3.	Domínios e subescalas do FACT-B.....	21
Tabela 4.	Fórmulas para o cálculo dos escores do questionário enviadas pela organização FACT (www.FACIT.org)	22
Tabela 5.	Caracterização amostral de mulheres com câncer de mama em quimioterapia	24
Tabela 6.	Aspectos e sintomas que apresentaram piora e melhora após a QT..... Distribuição das médias, desvio padrão, amplitude e valor de p dos	25
Tabela 7.	domínios e escores do FACT-B no pré e pós-QT da amostra.....	33

LISTA DE APÊNDICES

Apêndice 1.	Ficha de identificação.....	57
Apêndice 2.	Roteiro de entrevista.....	58
Apêndice 3.	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	59
Apêndice 4.	Avaliação pré e pós-QT pelo FACT-B.....	61
Apêndice 5.	Avaliação pré e pós-QT - TOI, FACT-G e FACT-B.....	64

LISTA DE ANEXOS

Anexo 1.	Fórmulas para o cálculo dos escores do questionário enviadas pela organização FACT (www.FACIT.org).....	67
Anexo 2.	Functional Assessment of Cancer Therapy-Breast (FACT-B)	68
Anexo 3.	FACT-B Scoring guidelines	71
Anexo 4.	Carta de Autorização para uso de questionário FACT-B	74
Anexo 5.	Autorização para reprodução da tabela características da qualidade de vida de acordo com a idade de mulheres com câncer de mama.....	76
Anexo 6.	Relato parcial do diário de quimioterapia da paciente.....	77

LISTA DE ABREVIATURAS

QV - Qualidade de Vida

QT - Quimioterapia

AC – Adrimicina e Ciclofosfamida

FACT-B – Functional Assessment of Cancer Therapy Breast

FACT – G – Functional Assessment of Cancer Therapy - General

TOI – Trial Outcome Index

INCA – Instituto Nacional do Câncer

NCCN – National Comprehensive Cancer Network

SUS – Sistema Único de Saúde

OMS – Organização Mundial de Saúde

Vianna, A.M.S.A. (2015). Qualidade de uma vida de mulheres com câncer de mama em quimioterapia neoadjuvante. (Dissertação de Mestrado). Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, São José do Rio Preto, SP.

RESUMO

Câncer de mama é o segundo tipo de neoplasia mais frequente, apenas precedido do câncer de pele. Apesar de ser considerado com bom prognóstico, ainda assim é uma condição estigmatizante. **Objetivo:** caracterizar aspectos sócios demográficos e avaliar a qualidade de vida (QV) de mulheres com câncer de mama pré e pós-quimioterapia neoadjuvante (QT), atendidas no Hospital de Base de São José do Rio Preto-SP. **Metodologia:** estudo descritivo, transversal. **Casuística:** participaram 60 mulheres adultas que iniciaram a QT neoadjuvante AC (Adriamicina + Ciclofosfamida). Para a coleta dos dados foram utilizados: Ficha de Identificação, Roteiro de Entrevista e Functional Assessment of Cancer Therapy - Breast (FACT-B). Os questionários foram aplicados em dois momentos: antes do início e após o término da QT. Os dados foram analisados de forma quali e quantitativa, por meio de estatística descritiva e para análise de comparação entre as variáveis o Teste de Wilcoxon com nível de significância $p \leq 0,05$. **Resultados:** A idade das participantes variou entre 27 e 83 anos (M=52,42 anos; DP = 12,66 anos), casadas (61,7%), com filhos e cursando ensino fundamental (75%). Nos domínio físico, funcional, TOI (Trial Outcome Index), FACT-G (Functional Assessment of Cancer Therapy – General) e FACT-B houve diferença significativa na avaliação da QV pré e pós-QT. Não sentir-se atraente (58,3%), insatisfação sexual (56,6%), insônia (53,3%), alopecia (52,3%), fadiga (43,3%), incapacidade de sentir prazer na vida (40%) e sentimentos de tristeza (41,6%) e incapacidade para trabalhar (35%), foram sintomas mais frequentes pós-QT. **Conclusão:** A QT é um tratamento de grande

impacto e sofrimento físico-funcional na QV, com prejuízo no desempenho de papéis e relações afetivo-sexuais.

Palavras-chave: câncer de mama, qualidade de vida, quimioterapia.

Vianna, A.M.S.A. (2015). Quality of life of women with breast cancer in neoadjuvant chemotherapy. (Thesis). Faculty of Medicine of Sao Jose do Rio Preto, Sao Jose do Rio Preto, SP.

ABSTRACT

Breast cancer is the second most frequent type of cancer, only preceded by skin cancer. Although considered of good prognosis, it is still a stigmatizing condition. **Objective:** To characterize demographic aspects and quality of life (QoL) of women with breast cancer before and after treatment with neo-adjuvant chemotherapy at a teaching hospital in the state of São Paulo. **Methodology:** descriptive, cross-sectional study. **Patients:** participants were 60 adult women starting neo-adjuvant chemotherapy AC (Adriamycin + Cyclophosphamide). For data collection the following instruments were used: Identification Card, Interview Guide and Functional Assessment of Cancer Therapy (FACT-B). Data were qualitative and quantitatively analyzed with descriptive statistics. For comparative analysis between variables the Wilcoxon test was used with significance level of $p < 0.05$. **Results:** Participants ages ranged from 27 to 83 years old ($M = 52.42$ years, $SD = 12.66$ years), married (61.7%), with children and attending primary school (75%). For the physical, and functional domain, TOI (Trial Outcome Index), FACT-G (Functional Assessment of Cancer Therapy – General) and FACT-B there was a significant difference in the assessment of QoL pre and post-QT. Feeling unattractive (58.3%), sexual dissatisfaction (56.6%), insomnia (53.3%), alopecia (52.3%), fatigue (43.3%), inability to experience pleasure in life (40%) and feelings of sadness (41.6%) and inability to work (35%) were the most frequent symptoms post-QT. **Conclusion:** QT has an important impact on physical and functional QoL, impairing several roles played by the patient and affecting sexual and affective relationships.

Keywords: breast cancer, quality of life, chemotherapy.

INTRODUÇÃO

Hipócrates, "o pai da medicina", entre 460 e 370 a.C. o qual não recomendava tratamento. Entre 130 e 200 d.C., Galeno, médico no século II da Era Cristã, considerou a doença incurável e que, uma vez diagnosticada, havia pouco a se fazer (Eggers, 2002). Galeno, considerado o maior médico depois de Hipócrates, afirmava ser possível curar o câncer de mama pela cirurgia, desde que o tumor fosse superficial e suas raízes extirpadas.

Com os avanços tecnológicos e o aprimoramento das técnicas cirúrgicas, novas tratamentos foram adotados. Séculos depois, o diagnóstico precoce do câncer de mama foi possível através de tecnologia avançada de imagem (como a mamografia, a ressonância magnética entre outras técnicas) (Gomes, Skaba & Vieira, 2002).

O câncer é resultado de mutação genética. É uma doença caracterizada pelo desenvolvimento de células que perdem sua capacidade de crescimento normal, sofrem multiplicação e proliferam desordenadamente, no local e/ou à distância (National Comprehensive Cancer Network –NCCN, 2010).

Para 2030 estima-se 21,4 milhões de casos novos de câncer e aproximadamente 14 milhões de mortes, como consequência do envelhecimento da população mundial, da redução na mortalidade infantil e mortes por doenças infecciosas. Nos últimos anos, o número de neoplasias malignas vem aumentando e isto pode ser atribuído à urbanização, ao aumento na expectativa de vida e à melhoria nas técnicas diagnósticas (Parkin, Whelan, Ferlay, Teppo & Thomas, 2003). Os avanços da ciência e tecnologia, associados às mudanças no estilo de vida, têm contribuído para o aumento na incidência de câncer (White, 2001; Macedo et al., 2011; INCA, 2014).

No mundo, o câncer de mama é o segundo mais frequente, apenas precedido do câncer de pele. Apesar de ser considerado um câncer de bom prognóstico, se diagnosticado e tratado precocemente, as taxas de mortalidade no Brasil continuam elevadas quando comparadas com países desenvolvidos (INCA, 2014). Provavelmente este aspecto é decorrente do diagnóstico ser feito em fases avançadas e a fatores sócio-culturais relacionados à doença (Freire, Sawada, De França, Da Costa & Oliveira, 2014; Bezerra et al., 2013).

No Brasil, o câncer de mama é problema de saúde pública, principal causa de morte por câncer entre as mulheres. Em 2014, 57.120 casos novos foram estimados, com risco de 56,09 casos a cada 100.000 mulheres/ano. A incidência varia de 21/100.000 mulheres ano na Região Norte a 71/100.000 na Região Sudeste do país (INCA, 2014).

Normas do Ministério da Saúde e do Instituto Nacional do Câncer-INCA recomendam como a principal estratégia de rastreamento populacional para diagnóstico precoce do câncer de mama, a realização da mamografia a cada dois anos para mulheres de 50 a 69 anos e exame clínico das mamas anualmente para mulheres de 40 a 49 anos. Para mulheres de grupos populacionais de risco elevado para câncer de mama (com história familiar de câncer de mama em parentes de primeiro grau) recomenda-se o exame clínico e a mamografia, anualmente, a partir dos 35 anos (INCA, 2014).

Diversos são os fatores de risco para o câncer de mama. Muitos destes relacionados com vida reprodutiva da mulher (nuliparidade, idade tardia da primeira gestação a termo, menarca precoce e menopausa tardia e terapia de reposição hormonal). Outros associados à herança genética, ao histórico familiar da doença e a fatores ambientais como o consumo de

bebida alcoólica e exposição à radiação ionizante. Dentre todos os fatores de risco o gênero (ser mulher) e a idade continuam sendo os mais importantes fatores de risco (INCA, 2014).

O tratamento do câncer de mama é definido e programado de acordo com o estadiamento, com condutas clínicas, cirúrgicas, radioterápicas, quimioterápicas, hormonais e outras. Os diferentes procedimentos visam controle sistêmico do câncer e determinação do prognóstico. Cirurgias objetivam a retirada do tumor (tumorectomia, setorectomia, mastectomia parcial ou total) associada ou não a remoção de linfonodos axilares (biópsias de linfonodos sentinelas e/ou linfadenectomias) (Del Turco et al., 2010; National Comprehensive Cancer Network – NCCN, 2010).

Quimioterapia (QT) é o tratamento farmacológico do câncer com a finalidade curativa ou paliativa, realizado com uso de drogas citotóxicas antineoplásicas ingeridas por via oral ou administradas por via venosa ou intramuscular. Além da sua ação nas células cancerosas, estas drogas atuam também nas demais células do organismo que estão em divisão, resultando efeitos adversos (mielossupressão, imunossupressão, mucosite e alopecia) (NCCN, 2010).

O câncer é uma doença estigmatizante, cercada de mitos e medos (Gimenez, 2000; White, 2001; Ferreira, Almeida & Rasesa, 2008; Teixeira & Pires, 2010). Ao receberem o diagnóstico as pacientes questionam: “Por que eu?”, “É uma sentença de morte”, “Perdi o controle da minha vida”, “Minha família vai ficar sem mim”, “É um fantasma, será que voltou?” e “Minha vida nunca mais será a mesma” (Montazeri et al., 2008; Silva, Bettencourt, Moreira & Canavarro, 2011).

Neste contexto, a literatura descreve alguns padrões comportamentais semelhantes em pacientes com câncer de mama (Vilas Boas, 2008; Peres & Santos, 2009). Ballone (2002) estudou a história de vida de pacientes com câncer de mama e estas apresentavam: paciência dissimulada, rigidez no controle das emoções e história prévia de depressão e ansiedade.

Neste mesmo contexto, Vilas Boas (2008) descreveu comportamentos idênticos em mulheres com câncer de mama, tais como: “supressão das emoções, tendência à raiva, gostam de fazer coisas para as pessoas da família, amigos ou trabalho, e se não tiver reconhecimento sentem desapontamento e mágoa; têm dificuldade de pedir ajuda; ansiedade para ajudar pessoas, sacrificando seus desejos e necessidades” (p.1-2).

Neste estudo Vilas Boas (2008) observou também que essas mulheres eram:

- Nutridoras e protetoras dos familiares.
- Prontas para fazer qualquer tipo de ajuda, e sempre tem a solução para tudo e todos. Mesmo sem ser solicitadas.
- Dedicam pouco tempo para a vaidade feminina.
- Dificuldade de pedir ajuda, mesmo nas horas mais difíceis.
- Mesmo depois da manifestação da doença, poupam os familiares e dando suporte emocional a família. Sentem culpa de ter desenvolvido o câncer. Lamentam não poder atuar com a eficiência anterior.
- Sentem desconforto em pedir para ser levada ao consultório médico, a QT, radio etc. Se puder ir só, ônibus ou de táxi ...vão.
- Dificuldade de pedir colo e mostrar sua fragilidade.

- Apresenta mágoa, angústia. Dificuldades de lidar com agressividade (Vilas Boas, 2008. pp. 3-4).

Holland e Rowland (1989) descreveram sentimentos e comportamentos comuns após o diagnóstico de câncer: de morte, dependência, desfiguração, incapacidade, de separação/rotura e sentimento de desconforto.

Após o diagnóstico (Bertan & Castro, 2010; Emilee, Ussher & Perz, 2010) e tratamento do câncer de mama (Freire, Sawada, De França, Da Costa & Oliveira, 2014) pacientes podem apresentar sintomas depressivos, ansiosos; transtornos psiquiátricos e disfunções sexuais (Lima, 2014).

Neste contexto, tanto o diagnóstico (Mezzomo & Abaid, 2012) como o tratamento do câncer de mama são situações de estresse para a mulher. Identificar e manejar o enfrentamento são importantes na adaptação à doença (Brandão & Mena Matos, 2015) e ajustamento emocional (Paredes, 2011; Menezes, Schulz & Peres, 2012; Iwatani, Matsuda, Kawabata, Miura & Matsushima, 2013)

Para a mulher, as mamas são símbolo de identidade, feminilidade, nutrição e sensualidade. A mastectomia (Tavares & Trad, 2010; Carvalho, Martins & Rezende, 2011; Cesnik & Santos, 2012) ou a cirurgia conservadora da mama (Scorsolini-Comin, Santos & Souza, 2009; Majewski, Lopes, Davoglio & Leite, 2012) traz impacto negativo à imagem corporal e sexualidade da mulher (Cesnik & Santos, 2012; Scannavino et al., 2013).

Após a mastectomia observamos que algumas pacientes não desejam reconstruir a mama. Dentre estas, referem sensação da presença contínua da mama removida, fato descrito na literatura como a “síndrome do seio fantasma” (Abeche & Blochtein, 1986), que acarreta

prejuízo na sua imagem corporal e dificuldades na intimidade com o parceiro (Valenzuela, 2009).

Com a finalidade de restabelecer a imagem corporal (Fonseca, Lencastre & Guerra, 2014), algumas mulheres realizam a cirurgia de reconstrução mamária (Moreira et al., 2011; Majewski, Lopes, Davoglio & Leite, 2012). Entretanto, a satisfação com o procedimento estético não está associada a aspectos cirúrgicos. Não é somente reconstruir o órgão, mas este processo é pessoal e está relacionado à forma como cada mulher vivencia sua auto-imagem, e sua identidade (Almeida, Ribeiro-Guerra & Filgueiras, 2012; Bezerra et al., 2013). Entretanto, fatores como espiritualidade, suporte social (Santana & Peres, 2013), história prévia de câncer, idade ao diagnóstico, recidiva, metástases, podem facilitar ou não adaptação psicossocial desta paciente.

Atendimento multidisciplinar individual ou em grupo (Martins & Peres, 2014; Brandão & Mena Matos, 2015) é recomendado no Documento de Consenso sobre o Controle do Câncer de Mama (MS, 2005) a partir do diagnóstico e definição da conduta terapêutica (Torres & Figueira Filho, 2010; Primo & Garrafa, 2011).

A Portaria nº 3.535 do Ministério da Saúde (Diário Oficial da União, 14/10/1998) determina a presença obrigatória do psicólogo, como um dos critérios de cadastramento de centros de atendimento em Oncologia junto ao Sistema Único de Saúde - SUS (Carvalho, 2002).

O atendimento psicológico objetiva auxiliar o ajustamento psicossocial de pacientes e familiares e minimizar o sofrimento durante o tratamento (Silva, Bettencourt, Moreira, Canavarro, 2011; Fangel, Panobianco, Kebbe, De-Almeida & Gozzo, 2013).

A intervenção psicológica deve ser específica a cada fase do tratamento (Rojas-May, 2006; Silva, Bettencourt, Moreira & Canavarro, 2011), respeitando as etapas, desde o diagnóstico (Tarricone Junior, Tarricone, Duarte, Luft & Ambar, 2010) ao tratamento paliativo (Vianna, Valerio & Miyazaki, 1997; Vianna, 2004; Gomes et al., 2011; Scannavino et al., 2013; Oliveira, Seabra & Rudnicki, 2014).

Mudanças na rotina causadas pelas limitações nas atividades diárias devido ao tratamento (Fangel, Panobianco, Kebbe, Almeida & Gozzo, 2013) e a presença de problemas psicológicos prévios interferem negativamente neste processo de adaptação à doença (Bezerra et al., 2013).

Diante da incerteza do tratamento, da realização de procedimentos invasivos e mutiladores (Costa, Rett, Carvalho de Mendonça, Silva Junior & Santana, 2012), o medo da recidiva (Silva & Santos, 2008), rotina de exames, das reações colaterais da QT e radioterapia, da perda de controle e dependência, são variáveis preditoras de transtornos e pior QV nestas pacientes (Almeida, Ribeiro-Guerra & Filgueiras, 2012; Carvalho et al., 2013; Silva, Piassa, Oliveira & Duarte, 2014; Hongi-li, Xiao-Chun, Jiang-bin, Jing-bo & Yao, 2014).

Tratamentos quimioterápicos provocam danos à imagem corporal, auto-imagem, sexualidade, saúde emocional, aspectos físicos (Jorge & Silva, 2010) e funcionais das pacientes com câncer de mama (Mansano-Schlosser & Ceolim, 2012; Nicolussi, Sawada, Cardozo, Andrade & Maria de Paula, 2014).

Alterações cognitivas (Untura & Rezende, 2012; Martins Cordeiro, Franco, Nogueira & Gradim, 2013), anorexia, sintomas de menopausa (como ressecamento vaginal), infertilidade, esquecimentos, déficits na concentração, dificuldades em realizar mais do que

uma tarefa, incapacidade para concluir atividades, dificuldade em recordar palavras comuns e inabilidade para aprender novas competências podem surgir após a QT (Machado & Sawada, 2008, Nicolussi & Sawada, 2009, Gomes et al., 2011, Souza & Fortes, 2012).

Alopecia e disfunções sexuais decorrentes da QT podem afetar as relações conjugais (Moreira, Silva & Canavarro, 2009) e sociais (Schmidt & Hahn, 2014).

Déficits cognitivos, (Cesnik & Santos, 2012; Martins Cordeiro, Franco, Souza & Fortes, 2012, Untura & Rezende, 2012; Martins Cordeiro, Franco, Nogueira & Gradim, 2013) físicos, perda ou ganho de peso, insônia, fadiga, apatia, fraqueza e incapacidade para o trabalho são relatadas por pacientes em QT (Silva, Miraglia, Veloso-Guedes, Alexandrino & Rocha, 2013). Estudos demonstram que as principais dificuldades associadas à QT são: dor, fadiga (Mansano-Schlosser & Ceolim, 2014), ansiedade dos efeitos adversos, insônia e a incerteza do tratamento (Bertan & Castro, 2010; Saço, Rodrigues de Paula, Migliorini, Pereira & Ferreira, 2011; Scannavino et al., 2013; Hernández, 2014).

A fadiga é considerada uma resposta protetora ao estresse físico e psicológico. Pacientes com fadiga relatam “cansaço”, “esgotamento”, “peso”, “irritabilidade”, “desânimo” e “lentidão” (Lôbo, Fernandes, Almeida, Carvalho & Sawada, 2014).

Insônia também é uma queixa comum de pacientes em QT (Nicolussi & Sawada, 2011, Izidoro dos Santos, Machado Silva, Monteiro & Araújo, 2012). A Terapia Cognitiva Comportamental (TCC) tem sido eficiente, para estes pacientes que têm maior resistência ao uso de outras medicações para transtornos do sono.

A insônia está diretamente associada à fadiga, causa piora dos sintomas depressivos, sentimentos de angústia e conseqüente prejuízo nas relações sociais (Lahoz, Nyssen, Correia, Garcia & Driusso, 2010).

Tais reações adversas da QT comprometem negativamente a QV, adesão e capacidade funcional de tais pacientes (Fawzy & Fawzy, 1994; Ho, Fung, Cham, Watson & Tsui, 2003, Cesnik & Santos, 2012; Silva, Miraglia, Veloso-Guedes, Alexandrino & Rocha, 2013).

Capacidade funcional refere-se à habilidade em executar atividades diárias de maneira independente, competência para realizar tarefas básicas, funções motoras e cognitivas. Relaciona-se diretamente à QV (Fangel, Panobianco, Kebbe, Almeida & Gozzo, 2013).

Nas últimas décadas, com o aumento das taxas de sobrevivência e os progressos na genética (mutações nos genes BRCA1 e BRCA2) tem se dado maior ênfase às pesquisas de QV (White, 2001; Bertan & Castro, 2010, Bezerra et al., 2013).

Entretanto, pelo aspecto subjetivo, faz-se necessário compreender QV das mulheres com câncer de mama. Sanchez-Pedraza, Ballesteros e Anzola (2010) identificaram este conceito sob a perspectiva da paciente, de acordo com a faixa etária (Tabela 1, reproduzida com permissão dos autores).

TABELA 1

Características da qualidade de vida de acordo com a idade de mulheres com câncer de mama de acordo com a faixa etária.

Grupo	Características
	Ter vida sadia e tranqüila Sentir-se bem, sentir que os que me rodeiam me dão sentido a vida
30 a 40 anos	Ter os melhores tratamentos médicos, psicológicos e emocionais que podem existir para ter um ritmo de vida normal Ter direito à saúde, um bom tratamento, ter uma boa alimentação, viver em harmonia com as pessoas, estar em paz com Deus
	Aprender a manejar a enfermidade tendo o domínio da dor e dos melhores resultados Não ter enfermidade em nenhuma parte do corpo e da mente Não viver enferma, ver que o tratamento serviu
41 a 50	Continuar a minha vida o melhor possível e fazer as atividades que fazia antes Viver tranqüila, sem muitos problemas ou dificuldades, estar em paz
	Poder desfrutar de tudo o que a vida nos oferece, poder comer, dormir. Desfrutar da família. Viver com a enfermidade sem pressão Estar bem, ter a capacidade de fazer as mesmas coisas que fazia antes, sem depender de nada. Ter uma boa saúde.
51 a 60 anos	Ter saúde, não sentir dor, poder comer, dormir, fazer as coisas do dia-dia Estar em perfeito estado de saúde, pois aí dependem todas as nossas atividades que nos levam a ser felizes Estar bem e poder cuidar de mim (autonomia)
	Ter uma vida tranqüila e em paz. Estar unida a Deus e sentir-se bem física e espiritualmente
> 60 anos	Ter boa saúde e união com a família, servir aos outros, se amar Estar física, psicológica e espiritualmente bem Poder sentir o amor, apoio da família.

Sánchez-Pedraza, Ballesteros & Anzola, 2010, p.896. Reproduzido com autorização dos autores.

Definir QV não é tarefa fácil. É um conceito subjetivo, dinâmico, multifatorial, e não há um consenso na literatura (Pereira, Teixeira & Santos, 2012). A Organização Mundial de Saúde (OMS) definiu QV: como “a percepção individual da posição do indivíduo na vida, contexto de sua cultura e sistema de valores nos quais ele está inserido, e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (World Health Organization, 1994, p.28).

Várias são as formas de mensurar QV, entretanto, ainda não há medidas padrão-ouro para avaliar esse conceito (Farquhar, 1995; Pereira, Teixeira & Santos, 2012). Considerar o contexto individual, cultural, social e histórico de vida do indivíduo, faz-se necessário.

Minayo, Hartz e Buss (2000, p.9) abordam três elementos individuais da QV:

- **Históricos:** uma sociedade específica tem um parâmetro de QV diferente da mesma sociedade em outra etapa histórica.
- **Culturais:** valores e necessidades são construídos e hierarquizados diferentemente pelos povos, revelando suas tradições, e
- **Estratificações ou classes sociais:** estudiosos que analisam as sociedades em que as desigualdades e heterogeneidades são muito fortes mostram que os padrões e as concepções de bem-estar são também estratificados: a idéia de QV está relacionada ao bem estar das camadas superiores e à passagem de um limiar para o outro (Minayo, Hartz & Buss, 2000, p. 9).

Numa revisão da literatura, Farquhar (1995) propôs a taxonomia das definições sobre QV, caracterizada em quatro tipos, apresentadas na Tabela 2.

TABELA 2

Taxonomia das definições de qualidade de vida.*

Taxonomia	Características e implicações das definições
I – Definição global	Primeiras definições que aparecem na literatura. Predominam até meados da década de 80. Muito gerais, não abordam possíveis dimensões do construto. Não há operacionalização do conceito. Tendem a centrar-se apenas em avaliação de satisfação/insatisfação com a vida.
II – Definição com base em componentes	Definições baseadas em componentes surgem nos anos 80. Inicia-se o fracionamento do conceito global em vários componentes ou dimensões. Iniciam-se a priorização de estudos empíricos e a operacionalização do conceito.
III – Definição focalizada	Definições valorizam componentes específicos, em geral voltados para habilidades funcionais ou de saúde. Aparecem em trabalhos que usam a expressão qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS). Ênfase em aspectos empíricos e operacionais. Desenvolvem-se instrumentos diversos de avaliação da qualidade de vida para pessoas acometidas por diferentes agravos.
IV – Definição combinada	Definições incorporam aspectos dos Tipos II e III: favorecem aspectos do conceito em termos globais e abrangem diversas dimensões que compõem o construto. Ênfase em aspectos empíricos e operacionais. Desenvolvem-se instrumentos de avaliação global e fatorial.

* Farquhar (1995).

Já a terminologia “qualidade de vida relacionada à saúde” (QVRS) deriva da expressão inglesa *Health-Related Quality of Life*. “Estar com saúde” não é entendido como ausência de doença, mas uma condição de bem-estar físico, mental e social (Minayo, Hartz & Buss, 2000; Chen et al., 2010).

Cella e Tulskey (1993) e Cella (1992; 1994) propõem algumas dimensões para mensurar QVRS: bem-estar emocional, espiritualidade, sexualidade, desempenho social, vida familiar, desempenho ocupacional e funcional, alimentação, estado físico e satisfação com a equipe de saúde e tratamento. Destacam ainda que os domínios de QVRS relacionam-se entre si, e podem ser alterados quanto à intensidade e duração dos sintomas. Cella (1994) resumiu em quatro domínios de bem-estar: físico, funcional, emocional e social, descritos a seguir:

1-Bem-estar físico (BEF): é a percepção do paciente aos sintomas da doença, efeitos colaterais dos tratamentos (como dor, náusea e fadiga) e bem estar físico geral.

2-Bem-estar funcional (BEFun): correlaciona-se ao domínio físico. É a habilidade de executar as próprias necessidades (caminhar, vestir-se, etc.), realizar projetos e responsabilidades com os familiares, amigos e no trabalho.

3-Bem-estar emocional (BEE): está correlacionado ao BEF. Avalia a percepção da experiência positiva e negativa do tratamento do câncer.

4-Bem-estar social (BES): é a percepção de suporte social, lazer, relacionamentos com amigos e família, sexualidade e intimidade. Sexualidade associa-se aos domínios emocional, funcional e físico, que contribuem para o desejo, excitação e conforto físico na atividade sexual (Cella, 1994).

Neste estudo, vamos considerar o termo QV como qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS), e não como um conceito genérico. Patrick e Erickson (1993) definem QVRS como o “valor que se possa atribuir à vida, decorrente de modificações que possam ocorrer por danos no estado funcional, percepções e condições sociais influenciados por doenças, agravos, tratamentos e políticas de saúde”.

Avaliar QVRS em doenças crônicas, como o câncer, permite compreender o impacto do diagnóstico e tratamento, definir metas terapêuticas, identificar a presença de transtornos mentais e otimizar recursos no sistema de saúde para propor intervenções (Pais-Ribeiro, 2009; Bertan & Castro, 2010; Nicolussi, & Sawada, 2010; Machado & Bergman, 2012; Bezerra et al., 2013).

Pacientes em tratamento oncológico (Mezzomo & Abaid, 2012; Fangel, Panobianco, Kebbe, Almeida & Gozzo, 2013; Barbosa, 2014) apresentam problemas psicológicos que interferem negativamente na QV (Bezerra et al., 2013; Iwatani, Matsuda, Kawabata, Miura & Matsushima, 2013). Para melhor QV, Holland (2002) concorda que as variáveis mediadoras sugeridas por Paredes (2011) devem ser analisadas neste processo de ajustamento emocional e adaptação em pacientes com câncer.

Autores apontam variáveis mediadoras e determinantes da QV: a) variáveis sócio-demográficas, padrão de comportamento e estilos de enfrentamento, crenças e ajustamento emocional prévio; b) condições médicas (metástases, intensidade/frequência dos sintomas), opções de reabilitação, relação/comunicação com a equipe de saúde e c) suporte social (Paredes, 2011; Mezzomo & Abaid, 2012; Freire, Sawada, França, Da Costa & Oliveira, 2014).

Greer e Watson (1987) descreveram cinco estilos de ajustamento em pacientes oncológicos: 1) Espírito de luta – a doença é um desafio, com atitudes positivas; comportamentos ativos, busca controlar o estresse, o prognóstico é visto com otimismo; 2) Evitamento ou negação – nega o impacto da doença, a ameaça do diagnóstico é minimizada; o prognóstico é visto como bom; 3) Fatalismo – o diagnóstico é uma ameaça menor;

aceitação passiva, ausência de estratégias ativas de luta contra o câncer; 4) Desamparo e desespero – sente-se oprimido e derrotado; o foco de atenção é a morte; a doença é uma derrota; o diagnóstico é uma ameaça; redução nas atividades normais; desiste perante a doença e 5) Preocupação ansiosa – ansiedade com a recorrência, qualquer sintoma é identificado como sinal de recidiva.

Diante disso, intervenções cognitivas e comportamentais focadas no manejo de estratégias centradas na resolução de problemas, planejamento, postura ativa e positiva, psicoeducação e auto-cuidado (Araujo, Monteiro & Torres, 2012), auxiliam estratégias de controle e manejo do estresse para tais pacientes (Almirão, 2010; Alves, Santos & Fernandes, 2012; Brandão & Mena Matos, 2015).

A psicologia positiva (Linley, Joseph, Harrington & Wood, 2006) não descarta ausência de sofrimento, mas enfatiza uma postura ativa e participativa do paciente, na busca de sentido e propósito na vida, a partir da experiência de dor. Centrada no bem-estar psicológico, propõe intervenções focadas nos aspectos positivos e sadios (Santana & Peres, 2013) como esperança e otimismo (Mera & Ortiz, 2012; Alves, Santos & Fernandes, 2012; Guimarães et al., 2014).

Estudos de Vilhena et al. (2014) referem o otimismo e resiliência como variável de ajustamento emocional da QV em doentes crônicos, em especial oncológicos (Paredes, 2011). Essas variáveis (otimismo e resiliência) são facilitadoras na percepção da capacidade de enfrentar o tratamento (Moreira, Silva & Canavarro, 2008; Fernandes, 2009; Mera & Ortiz, 2012; Vilhena et al., 2014).

Diversos fatores estão inclusos na resiliência, desde a habilidade para enfrentar mudanças e sua confiança pessoal de resolvê-la, até o repertório de comportamentos

estratégicos para lidar com circunstâncias adversas (Forgerini, 2010). Resiliência é a superação de adversidades como proteção à saúde, comportamento este que pode ser ensinado e aprendido (Morais & Koller, 2004). É quando diante de situações de perdas, dor e sofrimento, o indivíduo consegue sair fortalecido. Resiliência está associada aos processos de recuperação, superação e crescimento pessoal (Brandão, Mahfoud & Gianordoli-Nascimento, 2011).

Algumas variáveis podem facilitar este processo de resiliência: rede social, espiritualidade, enfrentamento (Mera & Ortiz, 2012), comportamentos adaptativos, flexibilidade, resolução de problemas (Conversano et al., 2010) suporte da equipe de saúde e otimismo disposicional (Primo & Garrafa, 2010; Fonseca, Lencastre & Guerra, 2014).

Pessoas otimistas desenvolvem respostas imunes mais eficientes do que pessimistas. Carver et al. (1993) destacam o otimismo como importante fator de proteção da QV em situações de estresse (Alves, Santos & Fernandes, 2012; Guimarães et al., 2014). Em mulheres com recidiva, o otimismo foi associado com maior longevidade (Seligman, 1998; Vilhena et al., 2014).

Entretanto, o pessimismo relaciona-se à pior QV, isolamento social e dificuldades de adaptação. Indivíduos pessimistas apresentam reações psicológicas desfavoráveis, pois há maior secreção de cortisol e atividade da glândula adrenal (Bromberger & Matthews, 1996).

Melhor QV em pacientes com câncer de mama, portanto, associa-se ao otimismo e sentido de vida (Fonseca, Lencastre & Guerra, 2014), percepção de auto-eficácia (Nicolussi & Sawada, 2011), locus de controle (Tavares, 2011), estratégias de enfrentamento (Silva, Bettencourt, Moreira & Canavarro, 2011; Alves, Santos & Fernandes, 2012) e adaptação à doença (Mera & Ortiz, 2012; Moreira & Canavarro, 2012).

Auto-eficácia bem como locus de controle interno são preditores de saúde para a QV de pacientes oncológicos (Castro, Salvador, Meneghetti & Chem, 2011). Locus de controle interno é definido como a crença do indivíduo para o controle dos acontecimentos. É um facilitador da capacidade adaptativa no estresse, em especial no tratamento de câncer (Tavares, 2011).

Atitudes de persistência, envolvimento pessoal e busca de soluções alternativas são observados. Já o locus de controle externo produz ações incapacitantes diante dos problemas, apatia, pessimismo, desinteresse e desesperança (Tavares, 2011).

Essa auto-avaliação de suas próprias capacidades, sua revisão de valores (Mezzomo & Abaid, 2012), o reconhecimento de suas atitudes, se adequadas ou não, poderá facilitar a aquisição de estratégias de enfrentamento para auxiliar nestas situações estressantes (Santana & Peres, 2013).

Com base nessas considerações, estabeleceram-se os objetivos do estudo.

Objetivos

1. Avaliar a qualidade de vida em mulheres com câncer de mama pré e pós-quimioterapia neoadjuvante, e
2. Caracterizar aspectos sócios demográficos das pacientes.

MÉTODO

Tipo de Estudo: Descritivo – longitudinal.

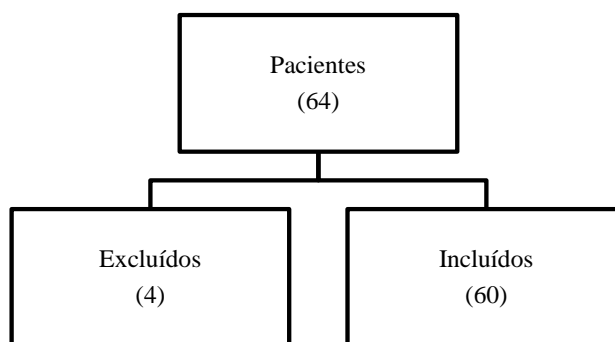
Participantes

Participaram do estudo mulheres que iniciaram a quimioterapia neoadjuvante AC (Adriamicina + Ciclofosfamida), para tratamento de neoplasia maligna da mama, no período entre agosto de 2012 e outubro de 2014 no Hospital de Base de São José do Rio Preto - São Paulo.

Critério de inclusão: mulheres, maiores de 18 anos, que não fizeram quimioterapia e radioterapia anteriormente.

Critérios de exclusão: mulheres impossibilitadas de compreender adequadamente os itens da avaliação, pacientes com problemas cardíacos que não puderem fazer a quimioterapia.

Seleção da Amostra: amostra de conveniência com inclusão consecutiva de pacientes. Os dados foram colhidos no ambulatório de quimioterapia no Instituto do Câncer – Hospital de Base em São José do Rio Preto, FUNFARME (Fundação Faculdade Regional de Medicina).



Fluxograma: número de pacientes do estudo

No período entre agosto de 2012 e outubro de 2014 foram avaliadas 64 pacientes que iniciaram a quimioterapia neoadjuvante. Destas, duas foram encaminhadas para tratamento paliativo, uma mudou o esquema de QT (pois não obteve resposta) e uma paciente foi a óbito. Desta forma, 60 pacientes foram incluídas consecutivamente no estudo.

Materiais

Foram utilizados para a coleta dos dados:

- Ficha de Identificação e dados sócio demográficos, elaborada para o estudo (Apêndice 1).
- Roteiro de Entrevista da história clínica (Apêndice 2).
- Functional Assessment of Cancer Therapy-Breast (FACT-B) (Brady et al., 1997) (Anexo 2): instrumento específico de avaliação da QV em pacientes com câncer de mama. Com os reagrupamentos das subescalas FACT-B foi possível identificar os escores: FACT-G - Functional Assessment of Cancer Therapy-General e TOI - Trial Outcome Index. Ambos fazem parte dos questionários FACT-B (Tabela 3). O escore TOI é obtido com a combinação das subescalas: bem-estar físico (BEF), funcional (BEFunc) e subescala câncer de mama

(SCM). Composto por 23 itens, o TOI (0-92) identifica a influência do câncer de mama nos aspectos físicos e funcionais. O FACT-B (escore de 0-108) é composto por 37 questões (27 referentes à QV geral FACT-G escore de 0-144) e nove a problemas específicos do câncer de mama (SCM, escore de 0-36). Este questionário possui validação em 45 países (Brady et al., 1997; Yoo et al., 2005; Wan et al., 2007b). O instrumento é composto por cinco domínios com escores independentes: (BEF) bem-estar físico (0-28 pontos) com questões GP1 a GP7, (BES) bem-estar social e familiar (0-28) com as questões GS1 a GS7, (BEE) bem-estar emocional (0-24) com questões GE1 a GE6, (BEFunc) bem-estar funcional (0-28) com questões GF1 a GF7 e (SCM) subescala câncer de mama (0-36 pontos) com questões B1a B9. As respostas são apresentadas numa escala Likert de cinco pontos: (0=nem um pouco; 1=um pouco; 2=mais ou menos; 3=muito; 4=muitíssimo) e quanto maior a pontuação, melhor é a QV. O cálculo do escore é feito separadamente para cada domínio. As fórmulas para esses cálculos estão no Anexo 2 e foram enviadas pela organização Functional Assessment Chronic Illness Therapy - FACIT (<http://facit.org>) que detêm os direitos do questionário. Após o cálculo, os resultados são somados, obtendo-se o escore final, que varia de 0 a 144. Para manter o sentido do escore, algumas questões são invertidas (GP1, GP7, GE1, GE3 a GE6, B1 a B3, B5 a B8, B10 a B13). Com isso na fórmula, o cálculo deve ser feito (4-valor da questão). No caso de alguma questão não ser respondida, o valor será a média das respostas daquele domínio. Por isso, primeiramente é feita a média das questões respondidas e depois se multiplica este resultado pelo número de questões do domínio (Anexo 1).

TABELA 3

Domínios e subescalas do FACT-B.

FACT-G (Geral)	TOI (Trial Outcome Index)	FACT-B (Mama)
Domínio Emocional	Domínio Físico	Domínio Emocional
Domínio Social e Familiar	Domínio Funcional	Domínio Social e Familiar
Domínio Físico	Subescala câncer de mama	Domínio Físico
Domínio Funcional		Domínio Funcional
		Subescala câncer de mama (SCM)

Este instrumento foi escolhido para esta pesquisa por apresentar melhores parâmetros de validade, reprodutividade, e comprovada confiabilidade (Brady et al., 1997; Lemieux, Goodwin, Bordeleau, Lauzier & Theberge, 2011) e, ainda, melhor compreensão e aceitação das pacientes no Brasil quando comparado com outros instrumentos que avaliam QV em câncer de mama (Silva, 2008; Oliveira, 2013).

Embora o instrumento já houvesse sido validado no Brasil por Silva (2008), a pesquisadora entrou em contato no site www.FACIT.org para solicitar licença de autorização e demais materiais necessários para uso do instrumento (Anexo 4).

Procedimento

Após aprovação do CEP, as pacientes foram abordadas no Instituto do Câncer no período entre agosto de 2012 e outubro de 2014, no ambulatório da Unidade de Mastologia e Oncologia Ginecológica de um hospital universitário no interior do estado de São Paulo. Enquanto aguardavam a consulta médica, foram convidadas a participar da pesquisa. As que

concordaram em participar assinaram Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice 3) e responderam individualmente aos instrumentos.

A pesquisadora aplicou o questionário em dois momentos: a) antes do início da primeira aplicação da quimioterapia, após 30 dias do diagnóstico; e b) após o término da quimioterapia AC (90 dias aproximadamente, uma vez que são quatro ciclos a cada 21 dias).

O Protocolo da Unidade de Mastologia do Hospital de Base utilizado para esta pesquisa é composto de quatro ciclos de AC e doze T (semanal): Adriamicina: 60 mg/ m² e Ciclofosfamida: 600 mg/m²; a dosagem do Taxol é 80 mg / m² e sua aplicação é semanal durante 12 semanas. Estes ciclos são realizados a cada 21 dias. Antes de cada ciclo, exames de rotina (controle com hemograma completo), eletrocardiograma e/ou eco cardiograma são solicitados para avaliação de danos cardiológicos e queda do número de leucócitos que eventualmente contraindiquem o prosseguimento da QT transitória ou definitivamente.

ANÁLISE DE DADOS

Os dados foram avaliados de forma qualitativa e quantitativa. Algumas questões foram analisadas por meio de estatística descritiva e para a análise de comparação entre as variáveis foi utilizado o Teste de Wilcoxon com nível de significância $p \leq 0,05$.

ASPECTOS ÉTICOS

O projeto foi aprovado pelo Departamento de Ginecologia e Obstetrícia e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FAMERP (Parecer 73475, aprovado em 27/07/2012).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Caracterização da amostra

Em relação à caracterização sócio-demográfica, a idade das pacientes variou de 27 a 83 anos (M=52,42 anos; DP = 12,66 anos), assim como observado no estudo de Lôbo, Fernandes, Almeida, Carvalho e Sawada (2014), cuja média de idade foi 52 (DP=11).

Predominaram pacientes casadas (61,7%), com filhos, que tinham cursado ensino fundamental (75%), portanto, consistentes com o nível de escolaridade de pacientes atendidas no Sistema Único de Saúde-SUS. Este achado é semelhante ao estudo de Bezerra et al. (2013), com 58% casadas e 46% ensino fundamental e o estudo de Rebelo, Rolim, Carqueja e Ferreira (2007) que avaliou QV de mulheres com câncer de mama e destas 51,7% cursavam ensino fundamental e 73,3% casadas (Tabela 5).

Quanto ao estado civil, (n: 37; 61,73%) relataram estar num relacionamento estável. Este achado associa-se à rede de apoio social favorável, porque o apoio do parceiro é essencial no cuidado a estas mulheres (Huguet, Morais, Osis, Pinto-Neto & Gurgel, 2009; Silva & Santos, 2010).

O estudo de Saco, Rodrigues de Paula, Migliorini, Pereira e Ferreira (2011) relata que 82,5% não possuíam vínculo empregatício e nesta pesquisa encontramos que 60% eram diaristas/autônomas e 35% do lar (faziam atividades de artesanato para auxiliar nas despesas), perfil ocupacional de mulheres atendidas no SUS (Tabela 5).

Quanto à espiritualidade, todas as pacientes possuíam religião. Nossos dados estão de acordo com Batista e Mendonça (2012, p.176): “de forma positiva, o enfrentamento religioso, associa-se a estratégias de enfrentamento ativo, planejamento, reinterpretção, suporte social

e emocional, em pacientes oncológicos”. Facilita ainda o manejo das situações de estresse no câncer de mama.

TABELA 5

Caracterização amostral de mulheres com câncer de mama em quimioterapia (n:60).

Caracterização	N	%
Escolaridade		
Analfabeto	7	11,7
Ensino fundamental	45	75
Ensino Médio	3	5
Superior	5	8,3
Estado Civil		
Solteira	4	6,7
Casada	37	61,7
Divorciada	12	20
Viúva	7	11,7
Profissão		
Do lar	21	35
Diarista/autônoma	36	60
Professora	2	3,33
Secretária	1	1,66
Religião		
Católica	36	60
Evangélica	22	36,7
Espírita	2	3,3

A tabela 6 contém os aspectos e sintomas que apresentaram piora/melhora pós-QT da amostra estudada e a tabela 7, resultados dos domínios do FACT-B pré e pós-QT.

TABELA 6

Aspectos e sintomas que apresentaram piora e melhora após a quimioterapia da amostra

Domínios	Aspectos/sintomas		Aspectos/sintomas			
	Piora após QT	N	%	Melhora após QT	N	%
FISICO	enjôo (GP2)	19	31,66	dores	38	63,33
	incômodo pelos efeitos do tratamento (GP5)	13	21,66	energia	26	43,33
	dificuldade de atender as necessidades familiares (GP3)	12	20			
SOCIAL/FAMILIAR	insatisfação com vida sexual (GS7)	34	56,66	recebo apoio da familia	33	55
	sentir distância do parceiro(GS6)	20	33,33	satifeita como minha familia fala da doença	20	33,33
EMOCIONAL	tristeza (GE1)	25	41,66			
	nervosismo (GE4)	14	23,33	tenho esperança na luta contra a doença	26	43,33
	preocupação com a piora (GE6)	12	20	satifeita como enfrento a doença	24	40
	preocupação com a morte (GE5)	8	13,33	não me sinto triste	12	20
FUNCIONAL	insônia(GF5)	32	53,33			
	perdi prazer de viver (GF3)	24	40	sinto prazer em viver	14	23,33
	incapaz para trabalho (GF1)	21	35	capaz de trabalhar	11	18,33
	não me sinto atraente (B4)	35	58,33			
SUBESCALA CÂNCER DE MAMA	alópecia me incomoda (B5)	32	52,33			
	preocupo que os membros da minha familia tenham câncer (B6)	27	45	melhora do inchaço e dor nos braços	25	41,66
	alteração de peso me incomoda (B8)	25	41,66			

No domínio físico houve diferença significativa ($p=0,000$) quando comparado a avaliação pré e pós-QT, indicando uma piora neste domínio após a quimioterapia.

Nesta pesquisa pós-QT (n: 38; 63,33%) relataram melhora da dor, (n:25; 41,66%) melhora do inchaço e dor nos braços, 55% teve apoio da família, (n:26; 43,33%) relataram ter esperança na luta contra a doença e (n:24; 40%) diziam satisfeitas da maneira como enfrentava a doença.

Em nosso estudo, o apoio familiar em especial do parceiro pós-QT com comportamentos de aproximação, relatos de preocupação, auxílio na tomada de decisões, interesse e participação ativa no tratamento foram observados. Esses dados estão de acordo com os estudos de Barreto e Amorim (2010) e os estudos de Nascimento, Silveira de Castro, Amorim e Bicudo (2011).

Em nosso estudo (n: 33; 55%) receberam apoio familiar após o início da QT e (n: 40; 66,6%) sentiam-se mais próximas do parceiro. Moreira, Silva e Canavarro (2008) concluíram que mulheres com diagnóstico recente de câncer de mama apresentavam melhor QV social e maior intimidade na relação conjugal. A intimidade conjugal foi preditor de melhor QV (Tavares & Trad, 2010; Nascimento, Silveira de Castro, Amorim & Bicudo, 2011).

Em nosso estudo (n: 34; 56,6%) apresentaram insatisfação com a vida sexual, (n: 20; 33,33%) sentem-se distantes do parceiro, (n:35; 58,3%) não se sentem atraentes pós-QT.

Gozzo, Moysés, Silva e Almeida (2013) avaliaram a presença de náuseas, vômitos de mulheres com câncer de mama em QT e encontraram que 93% apresentaram náusea, sintoma justificado pelos efeitos colaterais da QT.

Freire, Sawada, De França, Da Costa e Oliveira (2014) realizaram um estudo de revisão no qual abordavam a QVRS de pacientes com câncer, e resumiram os principais fatores para melhora ou piora da QVRS. Nesta pesquisa, em oito artigos foram encontrados

sinais e sintomas preditores de baixa QVRS, como dor, fadiga, distúrbio do sono, depressão, alterações nutricionais, entre outros, o que corroboram com os nossos achados e os estudos de Santana e Peres (2013).

Bromberger e Matthews (1996) e Schulz, Bookwala, Knapp, Scheier e Williamson (1996) relacionaram a depressão com maiores taxas de mortalidade em pessoas ansiosas, pessimistas e depressivas (Iwatani, Matsuda, Kawabata, Miura & Matsushima, 2013).

Estudo de Silva, Piassa, Oliveira e Duarte (2014) avaliou depressão em pacientes oncológicos e registrou 38,8% depressão leve a moderada e 11,1% depressão grave. Em nossa pesquisa, (n:7; 11,7%) apresentaram depressão, (n:25; 66%), sentimentos de tristeza e (n:14; 23,33%) nervosismo. Acredita-se que a fé (Batista & Mendonça, 2012), o otimismo e apoio familiar são fatores protetores nestes sintomas. Entretanto, a depressão é um fator preditor de morbidade, mortalidade e má QV, a avaliação psicológica deve ser indicada (Lima, 2014; Iwatani, Matsuda, Kawabata, Miura & Matsushima, 2013).

Alguns fatores podem estar associados à ansiedade e depressão durante o câncer de mama. Esses fatores são: variáveis demográficas, idade, nível educacional, estágio da doença, temperamento (otimista ou pessimista), respostas ao estresse (Alves, Santos & Fernandes, 2012) e estratégias de enfrentamento da doença.

No domínio funcional, encontramos diferença significativa na avaliação da QV pré e pós-QT. Estes dados corroboram com estudos de Schmidt e Hahn (2014, p. 107) que avaliaram QV de pacientes em QT, e concluíram que “os maiores impactos na QV se referem à limitação física e funcional causada pela doença e à interferência do tratamento sistêmico na vida social”, o que corrobora com os estudos de Vendrusculo (2011) e Saço, Rodrigues de Paula, Migliorini, Pereira e Ferreira (2011).

Em nossa pesquisa as pacientes apresentaram pior QV pós-QT no domínio funcional nos sintomas: insônia (n: 32; 53,33%), incapacidade de sentir prazer com a vida 24 (40%), incapacidade para o trabalho (n: 21; 35%) e insatisfação com a QV (n: 20; 33,33%). Dados semelhantes ao estudo de Sawada, Nicolussi, Okino, Cardozo e Zago (2009) que avaliaram pacientes com câncer em QT que apresentavam 34,44% insônia. Estudos apontam que cerca de 60% dos pacientes relataram alterações do sono (Vendrusculo, 2011; Santana & Peres, 2013; Lavínia Florentino & Ancoli-Israel, 2007; Nicolussi & Sawada, 2011, Izidoro dos Santos, Machado Silva, Monteiro & Araújo, 2012). Esses estudos estão de acordo com nossa pesquisa.

Ainda no domínio funcional o item incapacidade de sentir prazer com a vida (n: 24; 40%) associada à incapacidade para o trabalho (n:21; 35%) pós-QT estão de acordo com os estudos de Sánchez-Pedraza, Ballesteros e Anzola (2010). Ao avaliar o conceito de QV pelas próprias pacientes os autores concluíram: independentemente da idade o prazer de viver, a autonomia, união e harmonia familiar são características indispensáveis na QV e corrobora com os dados de Head et al. (2012).

No domínio funcional, 40% perderam o prazer de viver e 35% se sentia incapaz para o trabalho, estes dados estão de acordo os estudos de Souza et al. (2014), que verificaram sintomas depressivos e adesão à QT em mulheres com câncer de mama e encontraram 12,50% e 1,78% de presença de depressão moderada e grave respectivamente; destas, 10,59% não usavam antidepressivos e 46,43% não aderiram aos medicamentos da QT. É necessário investigar a presença de sintomas depressivos em pacientes durante a QT, o que pode facilitar a adesão ao tratamento (Saço, Rodrigues de Paula, Migliorini, Pereira & Ferreira, 2011; Calegari, Feldens, & Sakae, 2011).

Bertan e Castro (2010) avaliaram QV e indicadores de ansiedade, depressão e satisfação sexual de pacientes adultos com câncer. Esses autores encontraram baixa QV nos domínios físico, psicológico e ambiental, e prejuízo no funcionamento sexual.

Kornblith e Ligibel (2003) investigaram sintomas de estresse pós-traumático (TEPT) em pacientes que fizeram QT há vinte anos em média e 5% reportaram TEPT; 15% dois ou mais sintomas; 6% náuseas. Destas, 29% apresentaram disfunções sexuais após o câncer de mama; 39% linfedema e 33% relataram dormências. Baixo nível educacional e pobre suporte social associado a eventos estressantes (perdas) e insatisfação com tratamentos, relacionaram-se a piores escores de TEPT. Concluiu-se que a incidência de TEPT foi mínima, entretanto, elevada prevalência de sintomas de estresse pós-traumático após o diagnóstico de câncer.

Estudos de Silva e Santos (2008; 2010), Almirão (2010), Scannavino et al. (2013), Hongi-li, Xiao-Chun, Jiang-bin, Jing-bo e Yao (2014), corroboram esta pesquisa.

Incômodo pela queda de cabelo apareceu em (n: 32; 52,33%) das pacientes avaliadas. Esses dados estão de acordo com o estudo de Cardoso Coelho (2011) ao avaliar mulheres com câncer de mama em QT e concluiu que o sintoma que mais interfere na QV é a queda de cabelo (56,65%). Alopecia, deformidades na mama, perda da simetria corporal contribuem para uma pior imagem corporal (Santos & Vieira, 2011; Martins Cordeiro, Franco, Nogueira & Gradim, 2013).

Cesnik e Santos (2012) destacam a imagem corporal positivamente relacionada à satisfação sexual e negativamente relacionada à depressão (Lotti, Barra, Correa Dias & Makluf, 2008; Pinheiro, 2013). A imagem corporal tem implicações na avaliação da saúde (Santos & Vieira, 2011) no comportamento social e QV (Remondes-Costa, Jimenez & Pais-Ribeiro, 2012; Almeida, Ribeiro-Guerra & Filgueiras, 2012). Estes estudos estão de acordo com nossa pesquisa.

No estudo de Souza e Fortes (2012) foi avaliada QV e câncer em QT adjuvante e função cognitiva por dois anos. Os resultados sugerem que na fase inicial do tratamento, 30% apresentaram de moderada a grave perda cognitiva que melhorou com o tempo, caindo para 5% na segunda avaliação após dois anos, com melhora também para QV.

Em relação a ter informações suficientes sobre a quimioterapia, (n: 43; 71,7%) referiram ter conhecimento satisfatório. Isto demonstra que a equipe de saúde tem orientado adequadamente tais pacientes, uma vez que (n: 47; 78,3%) não tinham dúvidas sobre o tratamento.

Em nossos achados, (n: 51; 85%) sentiam-se capaz ou com moderada capacidade de fazer a QT. Vários estudos sobre os fatores psicossociais preditivos de ajustamento, adaptação à vida em doentes crônicos nesse processo de reabilitação são relatados (Cezar & Nascimento, 2014).

Quanto à capacidade de realizar o tratamento 58,3% (n:35), se sentiam capazes, 26,7% (n:16) sentiam moderada capacidade e 15% (n:9) sentiam-se incapazes.

Resiliência (Brandão, Mahfoud & Gianordoli-Nascimento, 2011), auto-eficácia (Akin, Can, Durna & Aydiner, 2008), locus de controle (Tavares, 2011), otimismo (Fonseca, Lencastre & Guerra, 2014) e esperança focada nos aspectos positivos (Santana & Peres, 2013) tem sido utilizados nas intervenções (Mera & Ortiz, 2012; Vilhena et al., 2014).

Apesar do impacto negativo na QV, variáveis protetoras da QV tais como suporte social/familiar, estratégias de enfrentamento eficazes (Silva, Bettencourt, Moreira & Canavarro, 2011), auto-eficácia, locus de controle (Tavares, 2011), esperança, espiritualidade, otimismo (Alves et al., 2012; Fonseca, Lencastre & Guerra, 2014), relacionamento conjugal favorável, entre outros podem contribuir positivamente na QV de tais pacientes (Fernandes, 2009).

Conde, Pinto-Neto, Freitas Junior e Aldrighi (2006) ressaltaram a possibilidade de existir diferenças na QV de pacientes com regimes quimioterápicos diversos. Esses autores compararam QV em terapia com ciclofosfamida, metotrexato, 5-fluouracil (CMF) ou adriamicina e ciclofosfamida (AC). Observaram que AC associou-se a piores escores de vitalidade (disposição, energia), quando submetidas à quimioterapia CMF.

Esquemas quimioterápicos com antraciclinas (AC) são mais tóxicos e repercutem negativamente na QV, com pior escore na função social e emocional, o que não ocorria com pacientes submetidas a outros esquemas de QT (Fialho & Silva, 1993; Nicolussi & Sawada, 2011; Nicolussi, Sawada, Cardozo, Andrade & Maria Paula, 2014).

Este esquema AC+T foi escolhido para a pesquisa por apresentar maiores repercussões física, funcional e emocional às pacientes e conseqüentes prejuízos na QV e também por ser o protocolo usado na Unidade de Mastologia.

A experiência do tratamento de câncer para as pacientes produz aspectos negativos, mas também positivos durante o percurso da doença. A esperança (Guimarães et al., 2014), ter um sentido para a vida (Fonseca, Lencastre, & Guerra, 2014), melhorar as relações interpessoais, sentir-se útil, feliz e satisfeita estão dentre os aspectos positivos (Pinto & Pais-Ribeiro, 2007, Remondes-Costa, Jimenez & Pais-Ribeiro, 2012).

Ações que valorizem a auto-estima e auto-imagem da mulher, incentivos a comportamentos de auto-cuidado focados nos aspectos positivos (Santana & Peres, 2013), prática de atividade física, musicoterapia (Jorge Silva et al., 2014), técnicas de meditação e visualização como as terapias complementares (Muller, Calvetti, Redivo, Geyer & Jarros, 2009; Zandonal, Cardozo, Nieto & Sawada, 2010) respiração, relaxamento (Olympio, Lima & Amorim, 2014) e mindfulness (Bohlmeijer, Prenger, Taal & Cuijpers, 2009; Hoffman et

al., 2012) são indicadas. Comportamentos que desenvolvam a assertividade e a expressão das emoções nos relacionamentos também são recomendados.

A literatura destaca resultados eficazes da intervenção cognitivo-comportamental no manejo do estresse e fadiga para pacientes oncológicos (Ishikawa, 2009; Nicolussi & Sawada, 2011; Araujo, Monteiro & Torres, 2012).

O estudo de Brady et al. (1997) validou o instrumento de avaliação da qualidade de vida FACT-B (Functional Assessment of Cancer Therapy-Breast), com pacientes pós-QT e radioterapia ou que apresentavam doença avançada (nos estádios III e IV). Este instrumento foi traduzido para o português-brasileiro.

No Brasil, Silva (2008) validou e analisou a reprodutibilidade do questionário de qualidade de vida FACT-B para discutir a escolha do melhor questionário dentre os instrumentos específicos para avaliar a QV e câncer de mama (FACT-B, IBCSG, EORTC-C30/EORTC-BR23). Foi verificado ainda o tempo de preenchimento dos questionários e grau de entendimento das mulheres tratadas ou em tratamento, em qualquer estágio da doença.

Nos domínios físico, social e SCM, nossos dados são semelhantes ao estudo de Silva Michels, Latorre e Maciel (2012). Entretanto, observamos em nossa pesquisa piores escores nos domínios funcionais e emocionais.

A tabela 7 apresenta a distribuição das médias, desvio padrão e amplitude dos domínios e escores do FACT-B no pré e pós-QT da amostra estudada.

TABELA 7

Distribuição das médias, desvio padrão, amplitude e valor de *p* dos domínios e escores do FACT-B no pré e pós-QT da amostra.

Variáveis	Média	Desvio Padrão	Amplitude	Média	Desvio Padrão	Amplitude	<i>P</i>
PRÉ-QT				PÓS-QT			
Domínios							
Físico	22,28	5,68	8 a 28	16,95	6,28	5 a 28	0.000 *
Social	18,65	5,72	5 a 28	19,79	5,72	2 a 28	0.974
Emocional	13,85	4,96	3 a 24	13,31	5,54	3 a 23	0.664
Funcional	14,08	6,79	3 a 32	10,97	7,71	0 a 28	0.006*
Subescala câncer	23,08	4,68	12 a 32	22,16	6,04	9 a 37	0.300
Escores							
TOI	58,67	12,47	35 a 85	49,63	17,13	22 a 87	0.000*
FACT-G	69,07	16,37	44 a 104	60,55	22,76	11 a 133	0.004*
FACT-B	91,08	18,13	48 a 129	82,67	25,86	34 a 153	0.012*

Nos escores do TOI, FACT-G e FACT-B houve diferença estatística significativa entre a avaliação pré e pós-QT, dados semelhantes ao estudo de Bezerra et al. (2013) ao avaliar a QV de mulheres em tratamento por câncer de mama. Ou seja, TOI (que engloba domínios físico, funcional e subescala câncer de mama), o FACT-G (que avalia a QV geral) e o FACT-B, nossos dados demonstraram menores escores quando comparados com Brady et al. (1997), o que não observamos no estudo de Terra et al. (2013) que concluíram que as pacientes apresentavam QV “nem ruim”, “nem boa” ou seja, mesmo com diagnóstico de câncer e necessitar da QT.

Os resultados da avaliação de QV, pré e pós QT, realizada por meio do inventário FACT-B e os resultados pré e pós-QT do FACT-G, TOI e FACT-B são apresentados no Apêndice 4 e 5 respectivamente.

CONCLUSÕES

Este estudo avaliou a QV de mulheres com câncer de mama em QT neoadjuvante. Diversos tratamentos para o câncer de mama têm permitido a paciente maior sobrevida e tempo livre da doença, entretanto este tempo precisa ser de qualidade.

Nos domínios físico, funcional, TOI, FACT-G e FACT-B encontramos diferença significativa na avaliação da QV pré e pós-QT, indicando uma piora nestes domínios pós-quimioterapia.

A QT é um dos tratamentos de maior impacto e sofrimento físico-funcional na QV destas mulheres, com prejuízo no desempenho de papéis e relações afetivo-sexuais.

Intervenções individuais e em grupos de orientação multidisciplinar, respeitando cada etapa do tratamento junto às pacientes com câncer de mama devem ser realizadas.

Técnicas da Terapia Cognitiva e Comportamental como questionamento socrático, checagem de evidências, enfoque em distorções cognitivas e psicoeducação, que favoreçam a readaptação psicossocial dos pacientes e familiares são indicadas.

REFERÊNCIAS

- Abeche, A.M., & Blochtein, C.A. (1986). Síndrome do seio fantasma. *Femina*, 14(4), 343-45.
- Akin, S., Can, G., Durna, Z., & Aydiner, A. (2008). The quality of life and self-efficacy of Turkish breast cancer patients undergoing chemotherapy. *Europ Journal Oncology Nursing*, 12 (5), 449-56.
- Almeida, T.R., Ribeiro-Guerra, M., Filgueiras, M.S.T. (2012). Repercussões do Câncer de Mama na Imagem Corporal da Mulher: uma revisão sistemática. *Physis Revista Saúde Coletiva*, 22(3), 1003-29.
- Almirão, R.I. (2010). Qualidade de vida e estresse em mulheres com câncer de mama. Dissertação (Mestrado). Universidade Católica Dom Bosco, Campo Grande-MS.
- Alves, P.C., Santos, M.C.L., & Fernandes, A.F.C. (2012). Estresse e estratégias de coping em mulheres com câncer de mama: um estudo transversal. *Jornal Brasileiro de Enfermagem*, 11(2), 305-18.
- Alves, R.F., Melo, M.O., Andrade, S.F.O., Fernandes, T.S., Gonçalves, D.L., & Freire, A.A. (2012). Qualidade de vida em pacientes oncológicos na assistência em casas de apoio. *Aletheia*, n.38-39, p. 39-54.
- Araujo, F., Monteiro, S., & Torres, A. (2012). Intervenção psico-educativa em sobreviventes de cancro da mama. In *Psicologia da Saúde: desafios à promoção da saúde em doenças crônicas*. Organizado por Jose Luis Pais Ribeiro, Isabel leal, Anabela Pereira e Sara Monteiro. Aveiro. Universidade de Aveiro. Portugal.
- Ballone, J.G. (2002). *Da emoção à lesão: um guia de medicina psicossomática*. São Paulo, Manole.

- Barbosa, P.A. (2014). Avaliação da qualidade de vida e impacto funcional em mulheres com câncer de mama pós-intervenção cirúrgica na cidade de Juiz de Fora, Minas Gerais. Dissertação (Mestrado). Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora.
- Barreto, T.S., & Amorim, R.C. (2010). A família frente ao adoecer e ao tratamento de um familiar com câncer. *Revista de enfermagem, UERJ*, 18(3), 462-7.
- Batista, S., & Mendonça, A.R.A. (2012). Espiritualidade e qualidade de vida nos pacientes oncológicos em tratamento quimioterápico. *Revista de Bioética (Impr.)*, 20(1), 175-88.
- Bertan, F.C., & Castro, E.K. (2010). Qualidade de Vida, Indicadores de Ansiedade e Depressão e Satisfação Sexual em Pacientes Adultos com Câncer. *Revista Salud & Sociedad*, 1(2), 76-88.
- Bezerra, K. B., Muniz da Silva, D.S., Costa Chein, M.B., Ferreira, P.R., Maranhão, J.K.P., Ribeiro, N.L., & Mochel, E.G. (2013). Qualidade de vida de mulheres tratadas de câncer de mama em uma cidade do nordeste do Brasil. *Ciência e Saúde Coletiva*, 18(7), 1933-41.
- Bohlmeijer, E.; Prenger, R.; Taal, E., & Cuijpers, P. (2009). The effects of mindfulness-based stress reduction therapy on mental health of adults with a chronic medical disease: a meta-analysis. *Journal of Psychosomatic Research*, 68, 539-44.
- Brady M.J., Cella, D.F., Mo F.Bonomi, A.E., Tulsy, D.S., Lloyd, S.R., Deasy, S., Cobleigh, M., & Shiimoto, G. (1997). Reability and validity of the functional assessment of cancer therapy-breast quality-of-life instrument. *Journal Clinic Oncology*, 15(3), 974-86.
- Brandão, J.M.; Mahfoud, M., & Gianordoli-Nascimento, I.F. (2011). A construção do conceito de resiliência em psicologia: discutindo as origens. *Paidéia*, 21(49), 263-71.

- Brandão, T., & Mena Matos, P. (2015). Eficácia das intervenções psicológicas em grupo dirigidas a mulheres com cancro da mama: uma revisão sistemática. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, <http://dx.doi.org/10.1016/j.rpsp.2015.01.001>.
- Calegari, E.G., Feldens, V.P., & Sakae, T.M. (2011). Prevalência de sintomas depressivos em pacientes com câncer de mama submetidos à quimioterapia em um centro de referência terciário em Tubarão/SC. *Arquivos Catarinenses de Medicina*, 40(3), 49-55.
- Cardoso Coelho, C.M. (2011). Mulheres com cancro de mama em tratamento com quimioterapia: contributos para a compreensão da sua qualidade de vida. Dissertação (Mestrado). Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar. Instituto Português de Oncologia. Universidade do Porto.
- Carvalho, D.M.; Martins, C. & Rezende, L.F. (2011). Sexualidade no pós-operatório de câncer de mama. *Pensamento Plural: Revista Científica da UNIFAE*, 5(2), 60-64.
- Carvalho, P.L., Vilela Junior, G., Martins, G.C., Rocha, T.B.X., Manzatto, I., & Grande, A. J., (2013). Qualidade de Vida de Mulheres em Tratamento de Câncer de Mama. *Journal Health Science Institute*, 31(2), 187-92.
- Castro, E.K., Salvador, C., Meneghetti, B.M., & Chem, C. (2011). Qualidade de vida, bem estar psicológico e auto-eficácia em mulheres com câncer de mama. *Revista Interamericana de Psicologia*, 45(1), 97-106.
- Cella, D.F. (1992). Quality of life: the concept. *Journal of palliative care*, 8 (3):8-13.
- Cella, D.F. (1994). Quality life: concepts and definition. *Journal of Pain and Symptom Management*, 9 (3), 186-192.
- Cella, D.F., Tulsky, D.S., Gray, G., Sarafian, B., Linn, E., Bonomi, A., Silberman, M., Yellen, S.B., Winicour, P., & Brannon J. (1993). The Functional Assessment of

- Cancer Therapy Scale: development and validation of the general measure. *Journal Clinic Oncology*, 11(3):570-9.
- Cella, F.D., & Tulsky, D.S. (1993). Quality of life in cancer: definition, purpose, and method of measurement. *Cancer Investigation*, 11(3), 327-36.
- Cesnik, V.M., & Santos, M.A. (2012). Desconfortos Físicos Decorrentes dos Tratamentos do Câncer de Mama Influenciam a Mulher Mastectomizada? *Revista da Escola de Enfermagem. USP*, 46(4), 1001-8.
- Cesnik, V.M., & Santos, M.A. (2012). Mastectomia e Sexualidade: uma revisão integrativa. *Psicologia, Reflexão e Crítica*, 25(2), 339-49.
- Cezar, K., & Nascimento, A.P.C. (2014). Qualidade de vida de pacientes pós-mastectomizadas em reabilitação oncológica. *UNOPAR Científica Ciências Biológicas da Saúde*, 16(1), 29-32.
- Chen, C.M.; Cano, S.J.; Klassen, A.F.; King, T.; McCarthy, C.; Cordeiro, P.G.; Morrow, M., & Pusic, A.L. (2010). Measuring Quality of life in oncologic breast surgery: a systematic review of patient-reported outcome measures. *The Breast Journal*, 16(6), 587-97.
- Conversano, C., Rotondo, A., Lensi, E., Vista, O.D., Arpone, F., & Reda, M.A. (2010). Optimism and Its impact on mental and physical well-being. *Clinical Practice & Epidemiology in Mental Health*, 6, 25-29. Doi: [org/10.2174/174501790100601002](https://doi.org/10.2174/174501790100601002).
- Costa, L.D., Rett, M.T., Carvalho de Mendonça, A.R., Silva Junior, W.M., & Santana, J.M. (2012). Comparação da qualidade de vida após a cirurgia para o câncer de mama associada ou não à radioterapia adjuvante. *Revista Brasileira de Qualidade de Vida*, 4(1), 25-35.
- Da-Silva, M.F., Miraglia, M.A., Veloso-Guedes, C.A., Alexandrino, F.V., & Rocha, R.T. (2013). Qualidade de vida e complicações associadas em pacientes submetidos a

- Tratamento Quimioterápico. Revista Científica da UNIARARAS; 1 (2), <http://www.uniararas.br/revistacientifica>.
- Del Turco, M.R., Ponti, A., Bick, U., Biganzoli, L., Cserni, G., & Cutuli, B. (2010). Quality indicators in breast cancer care. *European Journal of Cancer*, 46, 2344-56.
- Eggers, S. (2002). História do câncer. Disponível em <<http://WWW.revistahands.com/historiadocancer.shtml>>.
- Emilee, G., Ussher, J.M., & Perz, J. (2010). Sexuality after breast cancer: a review. *Maturitas*, 66 (3), 97-407.
- Fangel, L.M.V., Panobianco, M.S., Kebbe, L.M., De-Almeida, A.M., & Gozzo, T.O. (2013). Qualidade de Vida e Desempenho de Atividades Cotidianas Após Tratamento das Neoplasias Mamárias. *Acta Paulista de Enfermagem*, 26(1), 93-100.
- Farquhar, M. (1995). Definitions of quality life: a taxonomy. *Journal of Advanced Nursing*. Oxford, 2(3), 502-8.
- Fawzy, F.I., & Fawzy, N.W. (1994). *An Introduction to Medical Dance-Movement Therapy: Health Care in Motion*. Jessica Kingsley Publishers.
- Fernandes, S.M.R. (2009). Preditores psicossociais do ajustamento à doença e tratamento em mulheres com cancro de mama: o papel do estado emocional e das representações. Tese (Doutorado). <http://hdl.handle.net/1822/9809>.
- Ferreira, C.B., Almeida, A.M., & Rasera, E.F. (2008). Sentidos do diagnóstico por câncer de mama feminino para casais que o vivenciaram. *Interface comunicação, saúde e educação*, 12 (27), 863-71.
- Fialho, A., & Silva, R. (1993). Mastectomia e suas repercussões. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 46, 266-70.

- Fleck, M.P.A. (org.). (2008). A avaliação de qualidade de vida: guia para profissionais da saúde, Porto Alegre, Artmed.
- Fonseca, S.; Lencastre, L., & Guerra, M. (2014). Life Satisfaction in Women With Breast Cancer. *Paidéia* (Ribeirão Preto), 24(59), 295-303. Retrieved June 05, 2015, from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-863X2014000300295&lng=en&tlng=en. 10.1590/1982-43272459201403.
- Forgerini, M. (2010). Sobreviver ao câncer de mama: vivências de mulheres fora de tratamento e o fenômeno da resiliência. Dissertação (Mestrado). Universidade estadual Paulista. Faculdade de Ciências, Bauru.
- Freire, M.E.M., Sawada, N.O., De França, I.S.X., Da Costa, S.F.G., & Oliveira, C.D.B. (2014). Qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes com câncer avançado: uma revisão integrativa. *Revista da Escola de Enfermagem USP*, 48(2), 257-67.
- Gimenez, M.G.G. (2000). *A Mulher e o Câncer*. Campinas. SP. Editor Livro Pleno. ISBN: 85-87622-14-5.
- Gomes, J.S., Lichtenfels, H, Kolankiewicz, A.C.B., Loro, M. M., Rosanelli, C.L.S.P., & Stumm, E.M.F. (2011). Qualidade de Vida na Oncologia. *Revista Contexto & Saúde*, 10 (20), 463-472.
- Gomes, R.; Skaba, M.M.V.F., & Vieira, R.J.S. (2002). Reinventando a vida: proposta para uma abordagem sócio-antropológica do câncer de mama feminina. *Caderno de Saúde Pública*, 18(1), 197-204.
- Gozzo, T.O., Moysés, A.M.B., Silva, P.R., & Almeida, A.M. (2013). Náuseas, vômitos e qualidade de vida de mulheres com câncer de mama em tratamento quimioterápico. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 34 (3), 110-116.

- Guimarães, V.F.; Valdevino, S.C.; Ribeiro dos Santos, S.; Leite, K.N.S.; Costa Andrade, S.S., & Ferreira da Costa, T. (2014). Qualidade de vida: sinais, sintomas e efeitos psicológicos em mulheres mastectomizadas. *Revista de Enfermagem UFPE*, 8(5), 1117-27, DOI: 10.5205/revol.5863-50531-1-ED.0805201403.
- Head, B.A.; Schampmire, T.J.; Keeney, C.E.; Deck, S.M.; Studts, J.L.; Hermann, C.P.; Scharfenberger, J.A., & Pfeiter, M.P. (2012). Use of the distress Thermometer to discern clinically relevant quality of life differences in womam with breast cancer. *Quality Life Research*, 21:215-223.
- Hernández, A.H.C. (2014). Calidad de vida y adherencia al tratamiento de personas com enfermedad crônica oncológica Dissertação (Mestrado). Universidade Nacional de Colômbia.
- Hoffman, C.J.; Ersser, S.J.; Hopkinson, .J.B.; Nicholls, P.G.; Harrington, J.E., & Thomas, P.W. (2012). Effectiveness of mindfulness-based stress reduction in mood, breast- and endocrine-related quality of life, and well-being in stage 0 to III breast cancer: a randomized, controlled trial. *Journal Clinic Oncology*, 30(12), 1335-42. doi: 10.1200/JCO.2010.34.0331.
- Holland, J.C., & Rowland, J.H. (1989). *Handbook of psychooncology: psychological cure of the patient with cancer*. Oxford University Press: New York.
- Holland, J.C. (2002). History of psycho-oncology: overcoming attitudinal and conceptual barriers. *Psychosomatic Medicine*, 64, 206-21.
- Hongi-li, C., Xiao-Chun, W, Jiang-bin, W., Jing-bo, Z., & Yao, W. (2014). Quality of life in patient with breast cancer and their rehabilitation needs. *Pak Journal Medicine Science*, 30(1), 126-130, doi:http://dx.doi.org/10.12669/pjms. 301.3952.

Huguet, P.R.; Morais, S.S.; Osis, M.J.D.; Pinto-Neto, A.M., & Gurgel, M.S.C. (2009).

Qualidade de vida e sexualidade de mulheres tratadas de câncer de mama. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 31(2), 61-7.

Instituto Nacional do Câncer (INCA, 2014). Incidência de câncer no Brasil. Estimativa 2014,

Brasil consolidado (<http://www.inca.gov.br/estimativa/2014/tabelaestados.asp>).

consultado em 15/12/2014.

Ishikawa, N.M. (2009). Validação do FACT-F no Brasil e avaliação da fadiga e qualidade de

vida em mulheres com câncer de mama. Tese (Doutorado). Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas.

Iwatani, T., Matsuda, A., Kawabata, H., Miura, D., & Matsushima, E. (2013). Predictive

factors for psychological distress related to diagnosis of breast cancer. *Psycho-Oncology*, 22, 523-529.

Izidoro dos Santos, P., Machado Silva, R.G., Monteiro, T.A., & Araújo, C.L.O. (2012). A

experiência do paciente com neoplasia: o significado da quimioterapia. *Revista*

Eletrônica de Enfermagem do Vale do Paraíba, 1(3), disponível em

www.publicações.fatea/index.php/reenvas/article/view_article/846.

Jorge Silva, G.; Fonseca, M.S.; Rodrigues, A.B.; Peres de Oliveira, P.; Brasil, D.R.M., &

Moreira, M.M.C. (2014). Utilização de experiências musicais como terapia para sintomas de náusea e vômito em quimioterapia. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 67(4), 630-6.

Jorge, L.L.R., & Silva, S.R.(2010). Avaliação da qualidade de vida de portadoras de câncer

ginecológico, submetidas à quimioterapia antineoplásica. *Revista latino-americana de enfermagem*, 18(5), 7 telas. Acesso: www.eerp.usp.br/rlae

- Kornblith A.B., & Ligibel, J. (2003). Psychosocial and sexual functioning of survivors of breast cancer. *Seminars in Oncology*, 30(6), 799-813.
- Lahoz, M.A.; Nyssen, S.M.; Correia, G.N.; Garcia, A.P.U., & Driusso, P. (2010). Capacidade Funcional e qualidade de vida em mulheres pós-mastectomizadas, *Revista Brasileira de Cancerologia*, 56(4), 423-30.
- Lemieux, J.; Goodwin, P.J.; Bordeleau, I.J.; Lauzier, S., & Theberge, V. (2011). Quality-of-life measurement in randomized clinical trials in breast cancer: an update systematic review (2001-2009), *Journal National Cancer Institute*, 103 (3), 178-231.
- Lima, M.P. (2014). Rastreamento de transtornos psiquiátricos em pacientes ambulatoriais atendidos em um hospital oncológico. Dissertação (Mestrado). Barretos: Hospital de Câncer de Barretos.
- Lôbo, S.A., Fernandes, A.F.C., Almeida, P.C., Carvalho, C.M.L., & Sawada, N.O. (2014). Qualidade de vida em mulheres com neoplasias de mama em quimioterapia. *Acta Paulista de Enfermagem*, 27(6), 554-9.
- Lotti, R.C.B., Barra, A.A., Correa Dias, R., & Makluf, A.S.D. (2008). Impacto do tratamento de câncer de mama na qualidade de vida. *Revista brasileira de cancerologia*, 54(4), 367-71.
- Macedo, G.D., Lucena, N.M.G., Soares, L.M.M.M., Rocha, P.O.A., Gutiérrez, C.V., & López, M.C.B. (2011). Influência do estilo de vida na qualidade de vida de mulheres com câncer de mama. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde*, 14(4), 13-18.
- Machado, S.M., & Bergman, A. (2012). Qualidade de Vida de Mulheres Brasileiras com Câncer de Mama: Revisão Sistemática da Literatura. *Corpus et Scientia*. ISSN:1981-6855; 8(3), 139-153.

- Machado, S.M., & Sawada, N.O. (2008). Avaliação da qualidade de vida de pacientes oncológicos em tratamento quimioterápico adjuvante. *Texto Contexto Enfermagem*, 17(4), 750-7.
- Majewski, J.M.; Lopes, A.D.F.; Davoglio, T., & Leite, J.C.C. (2012). Qualidade de vida em mulheres submetidas à mastectomia comparada com aquelas que se submeteram à cirurgia conservadora: uma revisão da literatura. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(3), 707-16.
- Mansano-Schlosser, T.C., & Ceolim, M.F. (2012). Qualidade de vida de pacientes com câncer de mama no período de quimioterapia. *Texto Contexto Enfermagem*, 21(3), 600-7.
- Mansano-Schlosser, T.C., & Ceolim, M.F. (2014). Fadiga em idosos em tratamento quimioterápico. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 67(3), 623-9.
- Marques, P.A.C., & Pierim, A.M.G. (2008). Fatores que influenciam a adesão de pacientes com câncer a terapia antineoplásica oral. *Acta Paulista de Enfermagem*. 21(2), 323-9.
- Martins Cordeiro, L.A., Franco, T.L.B., Nogueira, D.A., & Gradim, C.V.C. (2013). Qualidade de Vida de Mulheres com Câncer de Mama em Quimioterapia. VIII Congresso Brasileiro de Enfermagem Obstétrica e Neonatal. Santa Catarina. Brasil.
- Martins, M.M., & Peres, R.S. (2014). Fatores terapêuticos em grupo de apoio a mulheres com câncer de mama. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 15(2), 396-408. DOI: <http://dx.doi.org/10.15309/14psdl.50206>.
- Melillo, A., & Ojeda, E.N. (2005). Resiliência: descobrindo as próprias fortalezas. Porto Alegre: Artmed.

- Mendes, I.S., Freitas, S.T.T., Souza, G.C., Ribeiro dos Reis, M.C., Queiroz de Souza, D., Silva Lima, F.P., Andrade, A.O., & Lima, M.O. (2014). Correlação da dor e qualidade de vida pós-tratamento cirúrgico de câncer de mama. *O mundo da saúde*, 38(2), 189-96.
- Menezes, N.N.T.; Schulz, V.L., & Peres, R.S. (2012). Impacto Psicológico do diagnóstico do câncer de mama: um estudo a partir dos relatos de paciente em um grupo de apoio. *Estudos de Psicologia*, 17(2), 233-40.
- Mera, P.C., & Ortiz, M. (2012). La relación del optimismo y las estrategias de afrontamiento con la Calidad de Vida de Mujeres Con Cáncer de Mama. *Terapia psicológica*, 30(3), 69-78.
- Mezzomo, N.R., & Abaid, J.L.W. (2012). O Câncer de Mama na Percepção de Mulheres Mastectomizadas. *Psicologia em Pesquisa*, 6(1), 40-9.
- Michels, F.A.S., Latorre, M.R.D.O., & Maciel, M.S. (2012). Validação e reprodutibilidade do questionário FACT-B de qualidade de vida específica para câncer de mama e comparação dos questionários IBCSG, EORTC-BR23 e FACT-B. *Caderno de Saúde coletiva*, 20(3), 321-8.
- Minayo, M.C.S., Hartz, Z.A., & Buss, P.M. (2000). Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. *Ciências Saúde Coletiva*, 5(1), 7-18.
- Ministério da Saúde (2005). Instituto Nacional de Câncer (INCA). Controle do câncer: uma proposta de integração ensino e serviço. Portaria Interministerial Nº 50 (03 de Janeiro de 2005). Certifica 27 Unidades Hospitalares como Hospitais de Ensino. D.O.U nº7, de 11 de Janeiro de 2005. Disponível em <http://www.inca.gov.br>.
- Montazeri, A., Vahdaninia, M., Harirchi, I., Ebrahimi, M., Khaleghi, F., & Jarvandi, S. (2008). Quality of life in patients with breast cancer before and after diagnosis: eighteen months follow-up study. *BMC Cancer*, 8:330 doi: 10.1186/1471-2407-8-330.

- Moorey, S., & Greer, S. (2002). *Cognitive Behaviour Therapy for people with cancer*. Oxford: Oxford University Press.
- Morais, N., & Koller, S. (2004). Abordagem oncológica do desenvolvimento humano, psicologia positiva e resiliência: ênfase em saúde. In: *Ecologia do desenvolvimento humano: pesquisa e intervenção no Brasil*. Silvia Helena Koller (Org.). São Paulo. Casa do Psicólogo, p. 91-107.
- Moreira, H., & Canavarro, M.C. (2012). Tipo de cirurgia, adaptação psicossocial e imagem corporal no cancro da mama. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 13(2), 169-90.
- Moreira, H., Silva, S., & Canavarro, M.C. (2009). O papel da intimidade conjugal na qualidade de vida da mulher com cancro da mama. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 10(1), 127-147.
- Moreira, J.R.; Sabino Neto, M., Pereira, J.B.; Biasi, T.; Garcia, E.B., & Ferreira, L.M. (2011). Sexualidade de Mulheres Mastectomizadas e Submetidas à Reconstrução Mamária. *Revista Brasileira de Mastologia*, 20(4), 177-82.
- Muller, M.C.; Calvetti, P.U.; Redivo, L.B.; Geyer, J.G., & Jarros, R.B. (2009). Técnicas de relaxamento e visualização na psicologia da saúde. *Revista de Psicologia da IMED*, 1(1), 24-33.
- National Comprehensive Cancer Network (NCCN) (2010). Clinical practice guidelines in Oncology. Breast Cancer, http://www.nccn.org/professionals/physician_gls/PDF/breast.pdf.
- Nicolussi, A.C., & Sawada, N.O. (2009). Qualidade de vida de pacientes com câncer colorretal em terapia adjuvante. *Acta Paulista de Enfermagem*, 22(2), 155-61.

- Nicolussi, A.C., & Sawada, N.O. (2010). Fatores que influenciam a qualidade de vida de pacientes com câncer de cólon e reto. *Acta Paulista de Enfermagem*, 23, (1), 125-30.
- Nicolussi, A.C., & Sawada, N.O. (2011). Qualidade de vida de pacientes com câncer de mama em terapia adjuvante. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 32(4), 759-66.
- Nicolussi, AC, Sawada, N.O., Cardozo, F.M.C.; Andrade, V., & Maria de Paula, J. (2014). Qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes com câncer em quimioterapia. *Revista Rene*, 15(1),132-40.
- Oliveira, C., Seabra, C.R., & Rudnicki, T. (2014). Intervenção Psicológica em Oncologia. In: *Psicologia da Saúde: a prática de terapia cognitivo-comportamental em hospital geral*. Editora Sinopsys. Novo Hamburgo.
- Oliveira, I.S. (2013). Avaliação da qualidade de vida no câncer de mama. Dissertação (Mestrado). Universidade de São Paulo.
- Olympio, P.C.A.P.; Lima, E., & Amorim, M.H.C. (2014). Mulher mastectomizada: intervenção de enfermagem e atividade natural Killer. *Revista de Epidemiologia de Controle da Infecção*, 49(1), 7-11.
- Pais-Ribeiro, J. (2009). A importância da qualidade de vida para a psicologia da saúde. In: J.P.Cruz, S.N. Jesus & Nunes (Coords.). *Bem-estar e qualidade de vida*. Alcochete: Textiverso, p. 31-49.
- Pandey, M., Thomas, B.C., Ramdas, K., Eremenco, S., & Nair, M.K. (2002). Quality of life in breast cancer patients: validation of a FACT-B Malayalam version. *Quality Life Research*, 11, (2), 87-90.
- Paredes, T.F.C. (2011). Ajustamento emocional e qualidade de vida de doentes com sarcomas, contextos de influência e trajetórias individuais. Dissertação (Doutorado) em

Psicologia da Saúde. Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.

Pereira, E.F., Teixeira, C.S., & Santos, A. (2012). Qualidade de vida: abordagens, conceito e avaliação. *Revista Brasileira Educação Física e Esporte, São Paulo, 26(2)*, 241-50.

Peres, R.S., & Santos, M.A. (2009). Personalidade e câncer de mama: produção científica em Psico-Oncologia. *Psicologia: Teoria e Pesquisa, 25(4)*, 611-620.

Pinheiro, A. B. (2013). Transtornos Psicológicos que afetam a qualidade de vida de mulheres mastectomizadas. Monografia (Conclusão de Curso). Universidade Federal da Bahia, Faculdade de medicina da Bahia.

Pinto, C.A.S., & Pais-Ribeiro, J.L. (2007). Sobreviventes de cancro: uma outra realidade! *Texto e Contexto de Enfermagem, Florianópolis, 16(1)*, 142-8.

Primo, W.Q.S.P., & Garrafa, V. (2010). Análise ética da revelação do diagnóstico e tratamento em pacientes com câncer genital ou mamário. *Revista da Associação Médica Brasileira, 55(4)*, 397-402.

Ramos, B. F., & Lustosa, A.L. (2009). Câncer de mama feminino e psicologia. *Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar – SBPH, 12(1)*. Rio de Janeiro. RJ.

Rebelo, V., Rolim, L., Carqueja, E., & Ferreira, S. (2007). Avaliação da qualidade de vida em mulheres com cancro de mama: um estudo exploratório com 60 mulheres portuguesas. *Psicologia, Saúde e Doenças, 8(1)*, 13-32.

Remondes-Costa, Sónia; Jimenez, F., & Pais-Ribeiro, J. (2012). Depois do cancro da mama: acontecimentos significativos no ciclo de vida. *Psicologia, Saúde e Doenças, 13(2)*, 238-51, Sociedade Portuguesa de Psicologia da Saúde, Universidade do Porto, Portugal.

Rojas-May, G. (2006). Estratégias de intervenção psicológica em pacientes com câncer de mama. *Revista de Medicina Clinica. Condes, 17(4)*, 194-97.

- Saço, L.F., Rodrigues de Paula, O., Migliorini, G.E., Pereira, N.P., & Ferreira, E.L. (2011). Características e avaliação da qualidade de vida em um grupo de pacientes submetidos a tratamento quimioterápico. *HU Revista, Juiz de Fora*, 37 (1), 95-102.
- Salci, M.A., & Marcon, S.S.(2009). Itinerário percorrido pelas mulheres na descoberta do câncer. *Revista de Enfermagem*, 13(3), 558-66.
- Salvagni, A, Quintana, A.M., Monteiro, D.T., & Camargo, VP. (2011). O pós-diagnóstico de câncer de mama e útero: possibilidades de atuação da psicologia. *Revista Contexto e Saúde*; 10(20), 1137-42.
- Sánchez-Pedraza, R.; Ballesteros, M.P., & Anzola (2010). Concepto de calidad de vida en mujeres con cáncer. *Revista de Saúde Pública* 12(6), 889-902.
- Santana, V.S., & Peres, R.S. (2013). Perdas e ganhos: compreendendo as repercussões psicológicas do tratamento do câncer de mama. *Aletheia*, 40:31-42.
- Santos, D.B., & Vieira, E.M. (2011). Imagem corporal de mulheres com câncer de mama: uma revisão sistemática da literatura. *Ciência e saúde coletiva*, 16(5), 2511-22.
- Santos, L.N. dos; Dias, C. A.; Lacerda, G.; Barreto, W.W.P., & Santos, T.R. dos. (2008). Sexualidade e câncer de mama: relatos de oito mulheres afetadas. *Psicologia Hospitalar*, 6(2), 02-19. Acesso em 17 de maio de 2015, http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-74092008000200002&lng=pt&tlng=pt.
- Sawada, N.O., Nicolussi, A.C., Okino, L., Cardozo, F.M.C., & Zago, M.M.F. (2009). Avaliação da qualidade de vida de pacientes com câncer submetidos à quimioterapia. *Revista da Escola de Enfermagem - USP*, 43(3), 581-7.
- Scannavino, C.S.S., Sorato, D.B., Lima, M.P., Junqueira Franco, A.H.J.F, Paschoal Martins, M., Morais Júnior, J.C., Bueno, PRT, Rezende, F.F., & Valerio, N.I (2013). Psico-

- oncologia: atuação do psicólogo no hospital de câncer de Barretos. *Psicologia, USP*, 24(1), 35-53.
- Schmidt, A.M., & Hahn, G.V. (2014). Qualidade de vida de pacientes em tratamento quimioterápico. *Revista Destaques Acadêmicos*, 6(3), 107-16.
- Schulz, R., Bookwala, J., Knapp, J., Scheier, M., & Williamson, G. (1996). Pessimism, age, and cancer mortality. *Psychology and aging*, 11, 304-309.
- Scorsolini-Comin, F.; Santos, M.A.; & Souza, L.V. (2009). Vivências e discursos de mulheres mastectomizadas: negociações e desafios do câncer de mama, *Estudos de Psicologia*, 14 (1), 41-50.
- Seidl, E.M.F., Tróccoli, B.T., & Zannon, C.M.L.C. (2001) Análise fatorial de uma medida de estratégia de enfrentamento. *Psicologia, Teoria e Pesquisa*, 17(3), 225-34.
- Seligman, M. (1998). *Aprenda optimismo. Haga de la vida una experiencia maravillosa*. Barcelona, España: Grijalbo.
- Seligmann, M., & Csikszentmihalyi, M. (2000). *Positive psychology: an introduction*. *American Psychologist*, New York, 55(1), 5-14.
- Silva Michels, F.A., Latorre, M.R.D.O., & Maciel, M.S. (2012). Validação e reprodutividade do questionário FACT-B+4 de qualidade de vida específico para câncer de mama e comparação dos questionários IBCSG, EORTC-BR-23 e FACT-B+4. *Caderno de Saúde Coletiva*, 20(3), 321-8
- Silva, F. A. (2008). Validação, reprodutividade, aceitação e compreensão de questionários de qualidade de vida específicos para o câncer de mama (IBCSG, EORTC-C30, EORTC-BR-23, FACT-B). *Dissertação (Mestrado)*. Fundação Antonio Prudente.
- Silva, G., & Santos, M.A. (2008) “Será que não vai acabar nunca?": Perscrutando o universo do pós-tratamento do câncer de mama. *Texto Contexto de Enfermagem* 17(3), 561-8.

- Silva, G., & Santos, M.A. (2010). Estressores pós-tratamento do câncer de mama: um enfoque qualitativo, *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 18(4): 08 telas, www.eerp.usp.br/rlae.
- Silva, N.M., Piassa, M.P., Oliveira, R.M.C., & Duarte, M.S.Z. (2014). Depressão em adultos com câncer. *Ciência Atual*, 2 (1), 2-14, inseer.ibict/cafjsj.
- Silva, S., Bettencourt, D., Moreira, H., & Canavarro, M.C. (2011). Qualidade de vida de mulheres com cancro de mama nas diversas fases da doença: o papel de variáveis sociodemográficas, clínicas e das estratégias de *coping* enquanto fatores de risco/proteção. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 29(1), 64-76.
- Solana, C.A. (2005). Aspectos psicológicos em el paciente superviviente. *Oncologia*, 28(3), 151-63.
- Souza, B.F., Moraes, J.A., Inocenti, A., Santos, M.A., Silva, A.E.B.C., & Miaso, A.I. (2014). Mujeres com câncer de mama em tratamento com quimioterapêuticos: sintomas depresivos y adhesión al tratamiento. *Revista Latino Americana de Enfermagem*, 22(6), 866-873. DOI: 10.1590/0104-1169.3564.2491.
- Souza, J. A., & Fortes, R.C. (2012). Qualidade de Vida de Pacientes Oncológicos: Um Estudo Baseado em Evidências. *Revista de Divulgação Científica Sena Aires*, (2), 183-192.
- Tarricone Junior, V.; Tarricone, S.P.; Duarte, N.B.; Luft, N.M., & Ambar, R.F. (2010). Comunicação do diagnóstico de câncer de mama. *Revista Brasileira de mastologia*, 20(1), 27-32 .
- Tavares, J.S.C., & Trad, L.A.B. (2010). Estratégias de enfrentamento do câncer de mama: um estudo de caso com famílias de mulheres mastectomizadas. *Ciência e Saúde Coletiva*, 15 (suplemento), 1349-58.

- Tavares, S.G. (2011). Revisão sistemática: relação entre depressão pós-parto, conjugalidade e locus de controle. Monografia Curso de Especialização em Terapia Cognitiva Comportamental, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Instituto de Psicologia, Porto Alegre.
- Teixeira, E.B., & Pires, E.F. (2010). Psico-oncologia: proposta de trabalho de apoio psicossocial aos pacientes com câncer. *Revista Saúde*, 4(1), 40-52.
- Torres, A.F., & Figueira Filho, A.S.S. (2010). Avaliação da qualidade de vida de mulheres com câncer de mama: o novo desafio para a mastologia. *Revista Brasileira de Mastologia*, 20(1), 42-47.
- Valenzuela, M. L. R.G. (2009). Auto-imagem, auto-estima e relacionamento conjugal como dimensões da qualidade de vida de um grupo de mulheres mexicanas mastectomizadas: uma visão sócio-cultural. Michoacán México, Dissertação Eletrônica.
- Untura, L. P., & Rezende, L. F. (2012). A Função Cognitiva em Pacientes Submetidos à Quimioterapia: uma Revisão Integrativa. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 58(2): 257-65.
- Vendrusculo, L.M. (2011). Capacidade funcional e qualidade de vida de mulheres com câncer de mama após o tratamento oncológico. Dissertação (Mestrado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.
- Vianna, A.M S.A.; Valerio, N.I., & Miyazaki, M.C.O.S. (1997). Mastectomizadas: avaliação e intervenção multidisciplinar. Resumos V Latini Dies e 3º Congresso Ibérico de Terapia Comportamental e Cognitiva. Cascais – Portugal, p 17.
- Vianna, A.M.S.A. (2004). Avaliação psicológica de pacientes em reconstrução de mama: um estudo piloto. *Estudos de Psicologia*, 21 (3), 203-210.

- Vieira, C.P., Moraes Lopes, M.H.B., & Shimo, A.K.K. (2007). Sentimentos e experiências na vida das mulheres com câncer de mama, *Revista Escola de Enfermagem, USP*, 41(2), 311-6.
- Vieira, D.S.C., Dufloth, R.M., Schimitt, F.C.L., & Zeferinol, L.C. (2008). Carcinoma de mama: novos conceitos na classificação. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 30(1),42-7.
- Vilas Boas, M.G. (2008). Câncer de mama x padrão de comportamento. In: Encontro Paranaense, Congresso Brasileiro, Convenção Brasil/latino-América, XIII, VIII, II. Anais. Curitiba: Centro Reichiano. Disponível em: www.centroreichiano.com.br. Acesso em 09.03.14.
- Vilhena, E., Pais- Ribeiro, J., Silva, I., Pedro,L., Meneses, R.F., Cardoso, H., Martins da Silva, A., & Mendonça, D. (2014). Optimism on quality of life in portuguese chronic patients: moderator/mediador ?
- Wan, C., Zhang, D., Yang, Z., Tu X, Tang, W., Feng, C., Wang, H., & Tang, X. (2007b). Validation of the simplified Chinese version of the FACT-B for measuring quality of life for patients with breast cancer. *Breast cancer research and treatment*,106 (3),413-8.
- Webster, K.; Cella, D., & Yost, K. (2003). Functional Assessment of Chronic Illness Therapy (FACIT) Measurement System: properties, applications, and interpretation. *Health Quality Life Outcomes*, 1:79.
- White, C.A. (2001). *Cognitive behavior therapy for chronic medical problems*. London: John Wiley & Sons Ltd.

- Winters Z.E., Benson J.R., & Pusic A.L. (2010). A systematic review of the clinical evidence to guide treatment recommendations in breast reconstruction based on patient-reported outcome measures and health-related quality of life. *Annals of Surgery*, 252, 929-42.
- World Health Organization (1994). Development of the WHOQOL: rationale and current status. *International Journal Mental Health*, 23 (3), 24-56.
- Yoo H.J., Ahn S.H., Eremenco, S., Kim, H., Kim, W.K., Kim, S.B., & Han, O.S. (2005). Korean translation and validation of the functional assessment of cancer therapy-breast (FACT-B) scale version 4. *Quality Life Research*, 14, 1627-32.
- Zandonal, A.P., Cardozo, F.M.C., Nieto, I.N.G., & Sawada, N.O. (2010). Qualidade de vida dos pacientes oncológicos: revisão integrativa da literatura latino-americana. *Revista Eletrônica de Enfermagem (Internet)*, 12 (3),554-61. Disponível em <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v12i3.6957>.

APÊNDICES

APÊNDICE 1
FICHA DE IDENTIFICAÇÃO

Nome:

Idade:

Escolaridade:

E.C.:

Profissão:

Religião:

Nº de filhos:

APÊNDICE 2**ROTEIRO DE ENTREVISTA**

1. O que sabe sobre o seu tratamento? (conhecimento)
 sabe não sabe sabe pouco
2. Quais são as principais dúvidas?
 não tenho tenho
3. Perdas importantes nos últimos tempos?
 sim não
Quais ? filhos cônjuge pais outro não tenho
4. Capaz de fazer o tratamento?
 incapaz moderada capacidade capaz

APÊNDICE 3

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

(Obrigatório para Pesquisas Científicas em Seres humanos – Resolução n°. 196/96 –CNS) -
 Comitê de Ética em Pesquisa da FAMERP: Avenida Faria Lima, 5416, Bairro: São Pedro -
 CEP: 15090-000 - Fone: 3201-5813.

I – DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome:

R.G.

II – DADOS SOBRE A PESQUISA CIENTÍFICA

1. Título do projeto: Qualidade de vida de mulheres com câncer de mama em quimioterapia neoadjuvante.

2. Pesquisadora: Ana Márcia S.A. Vianna. CRP/06/44883-8.

Cargo: Psicóloga, Supervisora do Curso de Aprimoramento em Psicologia da Saúde.

Endereço: R:Waldivino Borges de Carvalho, 244, Estância Jóquei Clube. SJRio Preto-S.P.

CEP: 15081 506 - Fone (17) 99108 88 66 – (17) 3238 2450.

3. Aprovação do protocolo de pesquisa em: 27/07/12, N° CAAE é 0320.4712.0000.5415.

III – EXPLICAÇÃO

Esta pesquisa tem como objetivo avaliar, no ambulatório, a qualidade de vida de mulheres com câncer de mama, que iniciarão a quimioterapia neoadjuvante.

Para a realização do estudo, você deverá responder a três questionários: Ficha de Identificação; Roteiro de Entrevista e FACT–B: instrumento específico para avaliar a QV de pacientes com câncer de mama, composto por cinco domínios: bem-estar físico, bem-estar

social/familiar, bem-estar emocional, bem-estar funcional e preocupações adicionais (Brady et al., 1997).

O risco em participar desta pesquisa refere-se à provável dificuldade em responder aos questionários ou realizar as tarefas solicitadas.

A sua contribuição auxiliará para verificar a eficácia de outras formas de tratamento. Você poderá, no decorrer da pesquisa, solicitar esclarecimentos sobre a forma de aplicação do questionário, riscos, benefícios e assuntos relacionados.

Os dados coletados serão utilizados para apresentação de trabalhos em eventos e publicações científicas. Você tem toda liberdade para recusar-se a participar ou retirar seu consentimento a qualquer momento, sem que isto lhe traga prejuízo. A sua identidade será preservada.

APÊNDICE 4

Apêndice 4: Avaliação pré e pós quimioterapia pelo FACT-B										
Participantes	Avaliação pré QT					Avaliação pós QT				
	Bem estar físico (0 a 28)	Bem estar social/familiar (0 a 28)	Bem estar emocional (0 a 24)	Bem estar funcional (0 a 28)	Subescala câncer de mama (0 a 36)	Bem estar físico (0 a 28)	Bem estar social/familiar (0 a 28)	Bem estar emocional (0 a 24)	Bem estar funcional (0 a 28)	Subescala câncer de mama (0 a 36)
1	12	15	14	5	31	14	18	14	3	13
2	28	26	17	28	28	26	21	8	13	18
3	14	26	3	5	19	14	21	3	5	22
4	28	20	18	16	23	25	20	15	25	36
5	25	18	20	20	28	26	28	20	28	31
6	24	12	18	13	17	21	18	16	12	19
7	28	21	11	12	23	20	20	18	12	26
8	21	17	7	9	16	19	18	11	2	21
9	20	5	13	9	22	11	15	10	7	20
10	26	13	14	4	20	9	13	6	2	21
11	27	27	10	7	20	18	24	9	1	19
12	8	28	16	11	19	10	22	10	2	13
13	28	15	10	9	23	25	21	14	7	21
14	21	15	7	6	18	8	27	7	3	14
15	28	24	20	32	25	21	10	9	16	25
16	17	12	15	5	19	18	20	14	12	22
17	15	15	15	20	20	12	16	18	6	24
18	25	24	15	28	24	17	22	15	22	24
19	24	15	11	5	24	22	19	9	8	24
20	16	12	16	8	21	8	18	12	7	21
21	22	15	17	20	21	23	28	23	24	33
22	14	14	9	7	27	19	28	18	14	21
23	20	7	6	14	14	9	6	16	14	14
24	20	23	13	15	20	21	18	14	16	30
25	27	22	12	18	26	13	18	20	6	19

Apêndice 4 : Avaliação pré e pós quimioterapia pelo FACT-B (cont.)										
Participantes	Avaliação pré QT					Avaliação pós QT				
	Bem estar físico (0 a 28)	Bem estar social/familiar (0 a 28)	Bem estar emocional (0 a 24)	Bem estar funcional (0 a 28)	Subescala câncer de mama (0 a 36)	Bem estar físico (0 a 28)	Bem estar social/familiar (0 a 28)	Bem estar emocional (0 a 24)	Bem estar funcional (0 a 28)	Subescala câncer de mama (0 a 36)
26	27	22	12	18	26	21	21	23	19	28
27	28	21	15	21	32	11	15	14	2	21
28	28	20	12	9	18	15	18	15	11	20
29	28	21	14	7	25	13	10	8	0	26
30	28	10	11	7	24	13	23	16	17	9
31	26	19	20	20	15	13	23	16	17	9
32	28	21	24	22	23	22	17	11	7	23
33	22	21	13	10	18	8	9	5	2	18
34	15	12	6	10	23	8	9	5	2	18
35	14	14	9	7	27	21	28	17	14	24
36	16	21	5	21	12	28	24	14	10	22
37	20	21	22	10	23	19	22	6	9	21
38	17	26	9	14	29	27	28	21	19	24
39	28	28	20	19	24	11	28	19	25	20
40	21	27	17	22	21	13	23	14	21	22
41	17	17	11	11	26	26	27	23	24	37
42	24	20	20	18	23	24	14	10	10	31
43	12	20	7	15	26	17	17	14	10	23
44	22	14	15	10	31	6	13	3	1	15
45	21	21	14	9	17	24	19	21	25	23
46	27	28	19	19	21	22	21	21	14	24
47	28	26	22	20	27	16	19	9	2	30
48	28	28	20	19	32	23	13	15	21	33
49	28	18	22	21	26	13	20	13	21	24
50	16	17	11	11	28	27	24	23	16	31

Apêndice 4: Avaliação pré e pós quimioterapia pelo FACT-B (cont.)										
Participantes	Avaliação pré QT					Avaliação pós QT				
	Bem estar físico (0 a 28)	Bem estar social/familiar (0 a 28)	Bem estar emocional (0 a 24)	Bem estar funcional (0 a 28)	Subescala câncer de mama (0 a 36)	Bem estar físico (0 a 28)	Bem estar social/familiar (0 a 28)	Bem estar emocional (0 a 24)	Bem estar funcional (0 a 28)	Subescala câncer de mama (0 a 36)
51	27	15	22	17	15	6	17	4	5	24
52	21	11	18	17	24	5	2	3	1	23
53	27	10	10	7	22	15	15	7	8	18
54	27	18	12	10	23	21	18	19	10	27
55	28	21	15	21	22	20	14	15	9	17
56	28	7	12	22	32	20	14	15	9	17
57	17	21	5	21	20	13	18	12	4	16
58	25	21	15	10	29	13	18	12	4	16
59	9	23	10	3	25	9	20	10	8	20
60	21	18	15	21	28	8	19	13	9	24
M	22,28	18,65	13,85	14,08	23,08	16,67	18,82	13,25	10,88	22,15
DP	5,68	5,72	4,96	6,79	4,68	6,36	5,63	5,46	7,59	5,95

APÊNDICE 5

Apêndice 5: Avaliação pré e pós QT/TOI-FACT-G- FACT B						
Participantes	Avaliação pré QT			Avaliação pós QT		
	TOI (0 a 92)	FACT-G (0 a 108)	FACT-B Score total (0 a 144)	TOI (0 a 92)	FACT-G (0 a 108)	FACT-B Score total (0 a 144)
1	48	46	77	30	49	62
2	84	99	127	57	68	86
3	38	48	67	41	43	65
4	67	82	105	86	85	121
5	73	83	111	85	102	133
6	54	67	84	52	67	86
7	63	72	95	58	70	96
8	46	54	70	42	50	71
9	51	47	69	38	133	153
10	50	57	77	32	30	51
11	54	71	91	38	52	71
12	38	63	82	25	44	57
13	60	62	85	53	67	88
14	45	49	67	25	45	59
15	85	104	129	62	56	81
16	41	49	68	52	64	86
17	42	65	72	42	52	76
18	77	92	116	63	76	100
19	53	55	79	54	58	82
20	45	52	73	36	45	66
21	63	74	95	80	98	131
22	48	44	71	54	79	100
23	35	47	48	29	45	51
24	55	71	91	67	69	99
25	71	79	105	52	58	75
26	71	79	105	68	84	112
27	81	85	117	40	42	63
28	55	69	87	48	59	79
29	60	70	95	31	31	57
30	49	56	80	39	69	78
31	60	85	100	39	69	78
32	73	95	118	52	57	80
33	50	66	84	22	24	42
34	48	45	68	28	24	42
35	48	44	71	59	80	104
36	49	63	75	74	76	98
37	53	73	96	49	56	77
38	60	66	95	70	95	119
39	61	95	119	56	83	103
40	64	87	108	56	71	50
41	54	56	82	87	101	138
42	65	82	105	65	48	79

Apêndice 5: Avaliação pré e pós QT/TOI -FACT-G - FACT B (cont.)						
Participantes	Avaliação pré QT			Avaliação pós QT		
	TOI (0 a 92)	FACT-G (0 a 108)	FACT-B Score total (0 a 144)	TOI (0 a 92)	FACT-G (0 a 108)	FACT-B Score total (0 a 144)
43	53	54	80	50	58	81
44	63	61	92	22	23	38
45	47	73	82	72	89	112
46	67	95	86	60	78	102
47	75	96	123	48	46	76
48	79	95	127	77	72	105
49	75	89	115	58	67	91
50	55	55	83	74	90	121
51	59	81	96	35	32	56
52	62	67	91	29	11	34
53	56	54	76	41	45	63
54	60	67	90	58	68	95
55	71	85	107	46	58	75
56	82	69	101	46	58	75
57	58	64	84	33	47	63
58	64	71	100	33	47	63
59	37	45	70	30	25	63
60	70	75	103	30	45	63
M	58,67	69,07	91,08	49,63	60,55	82,02
DP	12,47	16,37	18,13	17,11	22,77	25,86

ANEXOS

Anexo 1. Fórmulas para o cálculo dos escores do FACT-B, enviadas pela organização FACT (<http://facit.org>)

Domínio	Questões	Fórmulas
1 – Bem-Estar Físico	GP1 a GP7	$\frac{(4-Q_{GP1})+(4-Q_{GP2})+(4-Q_{GP3})+(4-Q_{GP4})+(4-Q_{GP5})+(4-Q_{GP6})+(4-Q_{GP7})}{n_1} * 7$
2 – Bem-Estar Social/ Familiar	GS1 a GS7	$\frac{(Q_{GS1} + Q_{GS2} + Q_{GS3} + Q_{GS4} + Q_{GS5} + Q_{GS6} + Q_{GS7})}{n_1} * 7$
3 – Bem-Estar Emocional	GE1 a GE6	$\frac{(4-Q_{GE1})+(4-Q_{GE2})+(4-Q_{GE3})+(4-Q_{GE4})+(4-Q_{GE5})+(4-Q_{GE6})}{n_1} * 6$
4 – Bem-Estar Funcional	GF1 a GF7	$\frac{(Q_{GF1} + Q_{GF2} + Q_{GF3} + Q_{GF4} + Q_{GF5} + Q_{GF6} + Q_{GF7})}{n_1} * 7$
5 – Subescala Câncer de mama	B1 a B9	$\frac{(4-Q_{B1})+(4-Q_{B2})+(4-Q_{B3})+Q_{B4}+(4-Q_{B5})+(4-Q_{B6})+(4-Q_{B7})+(4-Q_{B8})+Q_{B9}}{n_1} * 9$
6 – Subescala – Câncer de Mama (Braço)	B3* B10 a B13	$\frac{(4-Q_{B3})+(4-Q_{B10})+(4-Q_{B11})+(4-Q_{B12})+(4-Q_{B13})}{n_1} * 5$

n 1: número de questões respondidas; *A pergunta B3 é incluída nos dois domínios: câncer de mama e braço (Cella et al., 1993; Brady et al., 1997; Coster, Poole & Fallowfield, 2001).

O domínio 6-Subescala câncer de mama (braço), com as questões B3, B10 a B13 não foram computadas, pois avaliam pacientes operadas e não é o objetivo do presente estudo.

ANEXO 2

FUNCTIONAL ASSESSMENT OF CANCER THERAPY-BREAST (FACT-B)

Abaixo encontrará uma lista de afirmações que outras pessoas com a sua doença disseram ser importantes. Faça um círculo ou marque um número por linha para indicar a sua resposta no que se refere aos últimos 7 dias.

<u>BEM-ESTAR FÍSICO</u>		Nem um pouco	Um pouco	Mais ou menos	Muito	Muitíssimo
GP1	Estou sem energia.....	0	1	2	3	4
GP2	Fico enjoado/a	0	1	2	3	4
GP3	Por causa do meu estado físico, tenho dificuldade em atender às necessidades da minha família.....	0	1	2	3	4
GP4	Tenho dores	0	1	2	3	4
GP5	Sinto-me incomodado/a pelos efeitos secundários do tratamento	0	1	2	3	4
GP6	Sinto-me doente.....	0	1	2	3	4
GP7	Sinto-me forçado a passar tempo deitado/a.....	0	1	2	3	4
<u>BEM-ESTAR SOCIAL/FAMILIAR</u>		Nem um pouco	Um pouco	Mais ou menos	Muito	Muitíssimo
GS1	Sinto que tenho uma boa relação com os meus amigos	0	1	2	3	4
GS2	Recebo apoio emocional da minha família	0	1	2	3	4
GS3	Recebo apoio dos meus amigos.....	0	1	2	3	4
GS4	A minha família aceita a minha doença	0	1	2	3	4
GS5	Estou satisfeito/a com a maneira como a minha família fala sobre a minha doença	0	1	2	3	4
GS6	Sinto-me próximo/a do/a meu/minha parceiro/a (ou da pessoa que me dá maior apoio).....	0	1	2	3	4
GS7	Estou satisfeito/a com a minha vida sexual.....	0	1	2	3	4

Faça um círculo ou marque um número por linha para indicar a sua resposta no que se refere aos últimos 7 dias.

<u>BEM-ESTAR EMOCIONAL</u>		Nem um pouco	Um pouco	Mais ou menos	Muito	Muitíssimo
GE1	Sinto-me triste	0	1	2	3	4
GE2	Estou satisfeito/a com a maneira como enfrento a minha doença.....	0	1	2	3	4
GE3	Estou perdendo a esperança na luta contra a minha doença.....	0	1	2	3	4
GE4	Sinto-me nervoso/a.....	0	1	2	3	4
GE5	Estou preocupado/a com a idéia de morrer	0	1	2	3	4
GE6	Estou preocupado/a que o meu estado venha a piorar	0	1	2	3	4
<u>BEM-ESTAR FUNCIONAL</u>		Nem um pouco	Um pouco	Mais ou menos	Muito	Muitíssimo
GF1	Sou capaz de trabalhar (inclusive em casa)	0	1	2	3	4
GF2	Sinto-me realizado/a com o meu trabalho (inclusive em casa)	0	1	2	3	4
GF3	Sou capaz de sentir prazer em viver	0	1	2	3	4
GF4	Aceito a minha doença	0	1	2	3	4
GF5	Durmo bem.....	0	1	2	3	4
GF6	Gosto das coisas que normalmente faço para me divertir	0	1	2	3	4
GF7	Estou satisfeito/a com a qualidade da minha vida neste momento	0	1	2	3	4

Faça um círculo ou marque um número por linha para indicar a sua resposta no que se refere aos últimos 7 dias.

<u>PREOCUPAÇÕES ADICIONAIS</u>		Nem um pouco	Um pouco	Mais ou menos	Muito	Muitíssimo
B1	Sinto falta de ar	0	1	2	3	4
B2	Sinto-me insegura com a forma como me visto	0	1	2	3	4
B3	Tenho inchaço ou dor em um ou ambos os braços	0	1	2	3	4
B4	Sinto-me sexualmente atraente	0	1	2	3	4
B5	Sinto-me incomodada com a queda do cabelo	0	1	2	3	4
B6	Fico preocupada com a possibilidade de que outros membros da minha família um dia tenham a mesma doença que eu	0	1	2	3	4
B7	Fico preocupada com o efeito do “stress” (estresse) sobre a minha doença	0	1	2	3	4
B8	Sinto-me incomodada com a alteração de peso	0	1	2	3	4
B9	Consigo sentir-me mulher	0	1	2	3	4
P2	Sinto dores em algumas regiões do meu corpo	0	1	2	3	4

ANEXO 3

FACT-B SCORING GUIDELINES

- Instructions:*
1. Record answers in "item response" column. If missing, mark with an X
 2. Perform reversals as indicated, and sum individual items to obtain a score.
 3. Multiply the sum of the item scores by the number of items in the subscale, then divide by the number of items answered. This produces the subscale score.
 4. Add subscale scores to derive total scores (TOI, FACT-G & FACT-B).
 5. **The higher the score, the better the QOL.**

<u>Subscale</u>	<u>Item Code</u>	<u>Reverse item?</u>	<u>Item response</u>	<u>Item Score</u>
PHYSICAL WELL-BEING (PWB) Score range: 0-28	GP1	4 -	_____	=_____
	GP2	4 -	_____	=_____
	GP3	4 -	_____	=_____
	GP4	4 -	_____	=_____
	GP5	4 -	_____	=_____
	GP6	4 -	_____	=_____
	GP7	4 -	_____	=_____

Sum individual item scores: _____

Multiply by 7: _____

Divide by number of items answered: _____ = **PWB subscale score**

SOCIAL/FAMILY WELL-BEING (SWB) Score range: 0-28	GS1	0 +	_____	=_____
	GS2	0 +	_____	=_____
	GS3	0 +	_____	=_____
	GS4	0 +	_____	=_____
	GS5	0 +	_____	=_____
	GS6	0 +	_____	=_____
	GS7	0 +	_____	=_____

Sum individual item scores: _____

Multiply by 7: _____

Divide by number of items answered: _____ = **SWB subscale score**

EMOTIONAL WELL-BEING (EWB) Score range: 0-24	GE1	4 -	_____	=_____
	GE2	0 +	_____	=_____
	GE3	4 -	_____	=_____
	GE4	4 -	_____	=_____
	GE5	4 -	_____	=_____
	GE6	4 -	_____	=_____

Sum individual item scores: _____

Multiply by 6: _____

Divide by number of items answered: _____ = **EWB**

subscale score

FUNCTIONAL WELL-BEING (FWB) Score range: 0-28	GF1	0	+	_____	= _____
	GF2	0	+	_____	= _____
	GF3	0	+	_____	= _____
	GF4	0	+	_____	= _____
	GF5	0	+	_____	= _____
	GF6	0	+	_____	= _____
	GF7	0	+	_____	= _____

Sum individual item scores: _____

Multiply by 7: _____

Divide by number of items answered: _____ = **FWB subscale score**

<u>Subscale Item Score</u>	<u>Item Code</u>	<u>Reverse item?</u>		<u>Item response</u>	
BREAST CANCER SUBSCALE (BCS) Score range: 0-36	B1	4	-	_____	= _____
	B2	4	-	_____	= _____
	B3	4	-	_____	= _____
	B4	0	+	_____	= _____
	B5	4	-	_____	= _____
	B6	4	-	_____	= _____
	B7	4	-	_____	= _____
	B8	4	-	_____	= _____
	B9	0	+	_____	= _____
	P2	4	-	_____	= _____

Sum individual item scores: _____

Multiply by 10: _____

Divide by number of items answered: _____ = **BC**

Subscale score

To derive a FACT-B Trial Outcome Index (TOI):

Score range: 0-92

$$= \frac{\text{_____} + \text{_____} + \text{_____}}{\text{_____}} = \text{FACT-B TOI}$$

(PWB score) (FWB score) (BCS score)

To Derive a FACT-G total score:

Score range: 0-108

$$\frac{\text{_____} + \text{_____} + \text{_____} + \text{_____}}{\text{(PWB score) (SWB score) (EWB score) (FWB score)}} = \text{FACT-G Total score}$$

To Derive a FACT-B total score:

Score range: 0-144

$$\frac{\text{_____} + \text{_____} + \text{_____} + \text{_____} + \text{_____}}{\text{(PWB score) (SWB score) (EWB score) (FWB score) (BCS score)}} = \text{FACT-B Total score}$$

*For guidelines on handling missing data and scoring options, please refer to the Administration and Scoring Guidelines in the manual or on-line at www.facit.org.

ANEXO 4**CARTA DE AUTORIZAÇÃO PARA USO DO QUESTIONÁRIO FACT-B****FUNCTIONAL ASSESSMENT OF CHRONIC ILLNESS THERAPY (FACIT)
LICENSING AGREEMENT**

July 01, 2012

*The Functional Assessment of Chronic Illness Therapy system of Quality of Life questionnaires and all related subscales, translations, and adaptations (“FACIT System”) are owned and copyrighted by David Cella, Ph.D. The ownership and copyright of the FACIT System - resides strictly with Dr. Cella. Dr. Cella has granted FACIT.org (Licensor) the right to license usage of the FACIT System to other parties. Licensor represents and warrants that it has the right to grant the License contemplated by this agreement. Licensor provides to **Ana Marcia S. A. Vianna** the licensing agreement outlined below.*

This letter serves notice that **Ana Marcia S. A. Vianna** (“INDIVIDUAL”) is granted license to use the **Portuguese** version of the **FACT-B** in one study.

This current license extends to (INDIVIDUAL) subject to the following terms:

- 1) (INDIVIDUAL) agrees to provide Licensor with copies of any publications which come about as the result of collecting data with any FACIT questionnaire.
- 2) Due to the ongoing nature of cross-cultural linguistic research, Licensor reserves the right to make adaptations or revisions to wording in the FACIT, and/or related translations as necessary. If such changes occur, (INDIVIDUAL) will have the option of using either previous or updated versions according to its own research objectives.
- 3) (INDIVIDUAL) and associated vendors may not change the wording or phrasing of any FACIT document without previous permission from Licensor. If any changes are made to the wording or phrasing of any FACIT item without permission, the document cannot be considered the FACIT, and subsequent analyses and/or comparisons to other FACIT data

will not be considered appropriate. Permission to use the name “FACIT” will not be granted for any unauthorized translations of the FACIT items. Any analyses or publications of unauthorized changes or translated versions may not use the FACIT name. Any unauthorized translation will be considered a violation of copyright protection.

- 4) In all publications and on every page of the FACIT used in data collection, Licensor requires the copyright information be listed precisely as it is listed on the questionnaire itself.
- 5) This license is not extended to electronic data capture vendors of (INDIVIDUAL). Electronic versions of the FACIT questionnaires are considered derivative works and are not covered under this license. Permission for use of an electronic version of the FACIT must be covered under separate agreement between the electronic data capture vendor and FACIT.org
- 6) This license is only extended for use on the internet on servers internal to (INDIVIDUAL). This FACIT license may not be used with online data capture unless specifically agreed to by Licensor in writing. Such agreement will only be provided in cases where access is password protected.
- 7) Licensor reserves the right to withdraw this license if (INDIVIDUAL) engages in scientific or copyright misuse of the FACIT system of questionnaires.
- 8) There are no fees associated with this license.

ANEXO 5**AUTORIZAÇÃO PARA REPRODUÇÃO DA TABELA: FORMAS
CARACTERÍSTICAS SEGUNDO O GRUPO DE IDADE**

Prezada Ana Marcia 18/04/15

Cuentas con mi aprobación para publicar la tabla que me comentas. Te deseo éxitos en tu sustentación. Cordialmente, Ricardo Sanchez Pedraza

- Mensagem encaminhada -----

De: **Ricardo Sanchez Pedraza** <rsanchezpe@unal.edu.co>

Data: 20 de abril de 2015 15:09

Assunto: autorização para reproduzir a tabela formas características segundo o grupo de idade

Para: Ana Márcia Sanches de Almeida Vianna <amsavianna@gmail.com>

ANEXO 6

RELATO PARCIAL DO DIÁRIO DE QUIMIOTERAPIA DE UMA PACIENTE

Paciente (J. H.N., 50 anos, casada, 2 filhos, 1 neto)

Toda pessoa que passa por essa doença muda em alguma coisa. Parece que estou extrovertida, porque na verdade eu verdade, eu era muito tímida.

As enfermeiras, anjos enviados por Deus para amenizar a ansiedade e o medo dos pacientes, usam palavras doces e em tom de voz agradável. Os pacientes são tratados com muito carinho.

Eu acredito que depois de viver esses momentos angustiantes a vida nunca mais será a mesma. O medo de ser surpreendida por esse monstro deve sempre acompanhar quem já assim viveu. “Maria passa na minha frente”.

As psicólogas, super cuidadosas ouvem as reclamações dos pacientes e fazem o possível para amenizar os maus pensamentos que perturbam as pessoas doentes.

A felicidade de contar com a ajuda da família, em todos os momentos, e isso é primordial.

Agradeço a Deus esse homem maravilhoso que me acompanha em tudo, me dá apoio, me coloca em pé sempre que eu tento desmoronar. Esse é o meu marido perfeito.

Após a 1ª dose, dias depois começo a passar a mão nos cabelos e vejo que estão caindo muito. Estou me desesperando, ninguém entende, acha que perder os cabelos não é nada. Dói demais me desfazer deles..cortar..peruca.

“Maria passa na minha frente”.

O que mais fere a paciente é a perda dos cabelos.

A peruca apertada, pinica, fico o tempo todo lembrando que carrego um chapéu apertado com cabelos longos e se tiro não tenho paz, porque a qualquer momento pode chegar alguém e me pegar numa aparência que eu não aceito que as pessoas me vejam.

Aftas, não consigo me alimentar. Tenho vontade de sumir, não tenho vontade de ver e nem conversar com ninguém, estou sem forças. Estou aborrecida. Dias amargos...

Sinto Deus comigo. Madrugada acordada, sem sono. Vou fazer as unhas, e ler um pouco.

Algo me diz que já estou curada. O tratamento será necessário para estabelecer algo novo em minha vida... não sei ainda o que é.

Quando tudo isso terminar estarei mais bonita por dentro e por fora e pronta para ajudar outras pessoas.

Triste, muito triste, dor de cabeça a madrugada inteira... já tenho até trauma da noite, tanto que eu gostava de dormir. “Maria passa na minha frente”.

A sala da QT é ao mesmo tempo amedrontadora e acolhedora. A parte física mete muito medo mas a parte humana é maravilhosa.

Aquela sala longa e estreita, com aquelas cadeiras azul escura, lençóis brancos e muitos aparelhos de suporte de soro e máquinas de controle do tempo e quantidades de remédio causam pânico. São duas horas sofridas e as consequências são cinco dias mais ou menos de tortura estomacal, cefaléia, boca ruim, saliva grossa, fraqueza e muita indisposição.

Preciso pedir a Deus mais paciência pra tudo, sinto-me muito ansiosa. Preciso dormir mas, ando com insônia e isso nunca fez parte de mim.

Tive uma séria crise de choro, está muito difícil, fiz repouso.

Tive entrevista com a psicóloga Ana Márcia, uma pessoa maravilhosa.

Após 21 dias, nova dose... já estou mal e nem começou o remédio, estou me sentindo sozinha. Maria passa na minha frente. “Maria passa na minha frente”.

Noite de Natal sem sair de casa. Muito calor com a peruca, não consigo ficar sem ela.

Meus cabelos eram sem dúvida o que eu mais tinha de beleza. Sinto-me feia, diferente, esquisita, não sou mais eu, perdi a identidade. Estou sofrendo muito com isso.

Feliz Ano Novo para todos e para mim também, que este ano seja de grandes vitórias!

Acordei bem, de repente baixo astral, acredito ser o medo de ter que enfrentar tudo outra vez na próxima quinta.

É tarde! O céu azul com algumas nuvens que mais parecem bolas de algodão. Ouve-se gritos e risos de alegria, as crianças estão muito felizes brincando na piscina. Repico manga e pêssego e coloca ao lado da borda da piscina e todos comem eufóricos e voltam a nadar.

Cada vez que preciso retornar para aquele lugar (QT) tenho vontade de desaparecer.

Dr^a Lívia, um anjo que atendeu naquele dia, adiou a QT, imunidade baixa. Voltei para casa com todos os sintomas das vezes que fiz a QT vermelha e passei o dia na cama tomando remédios, sem me alimentar. Como explicar isso? Será que tive QT psicológica? Mesmo sem tê-la no organismo, o cérebro já havia desenvolvido os males que ela causaria e reações aconteceram normalmente dentro do psicológico.

Vejo o Espírito Santo agindo sobre cada remédio, cada atitude que esses profissionais têm com seus pacientes.

Isso é o que me dá forças para continuar lutando, agradecendo e pedindo a proteção para todos.

Imunidade baixa, cancelada a QT. Fico arrasada quando isso acontece, sei que é uma semana a mais para atrasar a minha cura. “Maria passa na minha frente”. Neste momento o que mais quero é meu netinho em casa.

Amanhece um dia lindo! Ouço os passarinhos alegres a cantar. Mas será que os dias amanhecem diferentes? Um dia faz um amanhecer feliz, no outro triste?

Não! Os dias amanhecem sempre iguais, chuvoso ou estiado, nós é que temos o sentimento e o fazemos da maneira que nossos olhos vêem e nossos corações sentem.

Hoje estou bem, porque sinto o dia muito lindo, me sinto fortalecida.

Amanhã começa a QT branca, Chô tristeza e depressão...

Perdi o sono, tomei um copo de leite, fui para a sala. Hoje faz 21 anos que meu vô Ângelo faleceu. Que Deus o tenha em paz.

Estou bem, cuida da casa, brinco bastante com meu netinho maravilhoso, bato papo com as amigas no facebook.

Às vezes me revolto, fico triste, não gosto de me sentir assim..tudo que agente conserva por uma vida toda ela destrói em uma única dose de remédio (melhor de “veneno”) que entra pelas veias e vais como uma enchente que arrasa por onde passa.

E mesmo assim, eu tenho que agradecer judia demais, mas há esperança de vida.

Quero participar das atividades da escola como voluntária (afastada INSS),
reencontrar as amigas... não quero que tenham pena de mim.

É madrugada, acordo totalmente sem sono, falo com Deus. Fui à escola, desocupeí a
minha sala, trouxe meus materiais para casa.

Estou perdida, sem ação. Cadê eu?

Onde eu fui parar? Essa que vejo no espelho não sou eu?

Quero me ver novamente.... Esse olhar fundo e triste não é meu.

Senhor faça um milagre em mim.

Cada um tem sua história, mas todos compartilham do mesmo sofrimento. Fui muito
bem atendida pela Dr^a Priscila e Dr. Fábio Leite (trocaram minha medicação, passava muito
mal) e também pela psicóloga Ana Márcia.

Não tive insônia, nem aquele nervosismo sem motivo. Dormi muito bem.

É mesmo difícil ter que mudar de caminho quando a viagem corre tudo bem e você
está numa pista dupla e com carro bom!

De repente... cai uma tempestade e a estrada boa vira um atalho cheio de buracos e o
transporte agora é um carrinho com rodas de pau e um cavalo cansado para conduzir.

É assim que consigo metaforar a minha história. A vida é ao mesmo tempo
maravilhosa e traiçoeira. Um dia somos reis e no outro escravo. E nessa marcha vamos
desenhando a nossa existência e deixando para nossos descendentes a experiência boa de
sempre ter lutado para que essa passagem seja feita da melhor forma possível.

Amo viver! A vida vale à pena, a vida é linda. Só tenho que agradecer.

De agora em diante quero aproveitar a cada minuto, olhando sempre o lado bom.

Cheguei em casa disposta, fiz lasanha para o jantar. Todos gostaram menos eu que não sinto gosto de nada.

Não consigo dormir, o remédio tirou o meu sono. Vou ler um pouco.

O pessoal é muito divertido, gostei muito, fazem brincadeiras, deixa os pacientes bem à vontade na QT à tarde.

É madrugada, não consigo dormir, me sinto ansiosa.

Estou ligada nos 220 w.

Quero aproveitar a cada minuto como se fosse o último... não quero pensar nisso...

Tenho a certeza que não é essa doença que vai me levar !

Sinto dor nas pernas, fraqueza, mas quero meus filhos perto..juntos para festejarmos os 4 anos do meu neto.

Caminhei lentamente na represa.

Acordei as 4 h da manhã, tratei das duas cachorras e cinco gatos, e reguei as plantas fui para Rio Preto fazer QT.

Passei o dia com meus pais e minha mãe disse: Luis, a nossa menina chegou, ai que coisa boa meu Deus! (a alegria deles e o carinho valeram a viagem); meus pais precisam de mim, coração angustiado.

“Eu digo: Se a vida me ofereceu um limão, então vou fazer dele uma limonada bem saborosa”.

Sensação de paz.

Faltam duas QT (6 semanas)...contagem regressiva. Toda semana tem alguém que se propõe a me levar, que bênção! Isso mostra que sou amada por bastante gente. Vai acabar a QT e ainda vai ter gente que não veio me trazer...

Tem algo que me intriga naquele lugar! (ICA)

Falta espelho! Por quê?

Os banheiros não têm espelho!

Será que é para esconder a falta de beleza que as pessoas ficam quando se submetem a essas drogas fortíssimas?

Logo vou perguntar para alguém de lá.

Acordo as 02h20min da madrugada, vou passar roupa, costurar e fazer faxina sinto-me cansada, mas sem sono.

Olhei no espelho e me senti linda, estou enfrentando de cabeça erguida.

Na sala de espera compartilhei minha angustia com duas pacientes... nos sentimos discriminadas, as pessoas nos olham de um jeito diferente.

É uma mistura de dó e curiosidade que fere a alma.

Volta para casa.

Novamente acordada na cama, pés adormecidos e formigados muito incômodo. Sem sono, vou escrever no diário, na verdade escrevo mesmo para mim, que tenho muito prazer em reler meus relatos.

Senhor devolva-me a alegria, porque eu continuo sendo feliz, mas sou abatida de momentos de tristeza, pois tenho a todos da minha família e amigos cuidando de mim como podem.

Senhor cuida de mim.

Dor nas pernas e pés, sem poder andar direito e essa boca sem sabor desde outubro... o tempo todo esse amargo, esse estômago pesado querendo devolver os alimentos...saudades do meu trabalho, da minha vida normal de antes.

Estou muito feia, não gosto das minhas roupas, tudo perdeu a identidade, o meu corpo não é meu e o que mais fugiu de mim que nunca mais consegui encontrar foram os meus olhos, o meu olhar procurando a mim e não me vejo.

Vejo uma mulher triste e velha querendo viver algo que é impossível ao momento. Sei que não deveria me sentir assim... nada me falta..mas me sinto só, tem dia que não dá para manter-se forte.

“Maria passa na minha frente”. Outra QT.

O enfermeiro conseguiu a minha veia sem que eu sentisse um fio de dor. Vou para casa. À noite não consigo dormir. Tenho confiança que vai ser um sucesso o término da QT e a cirurgia.

Uma amiga me ligou e disse que eu poderia fazer o curso de educação inclusiva, essa notícia me deixou bem, embora bastante limitada fisicamente minha cabeça continua com o desejo de aprender.

Quero voltar ao trabalho inovada, fazendo melhor do que antes.

A vida é um processo que se renova a cada dia e a cada novo amanhecer é uma chance de crescer como pessoa e como ser espiritual.

É assim que faço todos os dias e com isso sinto terminando os dias difíceis desse tratamento e logo, voltarei a fazer o que é minha paixão: atender e dar um pouco de alegria àqueles com dificuldade de aprender.

Fui sozinha para a consulta 1ª vez.

Diante de um tratamento tão complicado em que vejo as pessoas ficarem cada vez mais dependentes, eu me senti forte e capaz, foi um passo a mais em busca da vitória!

Ah, mas foi cansativo!

Fiz a QT e a tarde fui para o curso, interagi com as pessoas, isso eleva minha autoestima que anda bem abalada.

Estou feliz.

A cada consulta sou atendida por outro profissional, isso me deixa insegura.

Eu confio, mas queria ser paciente de “alguém” que me acompanhasse continuamente, não é isso que acontece. Sei que é assim (SUS), mas essa doença desequilibra qualquer pessoa por mais “pé no chão” que ela seja.

Penúltima QT, são três semanas... este aproximar da cirurgia está me deixando tensa, nervosa, preocupada...Estou recebendo os remédios que combatem esse inimigo que se instalou em minha mama.

Mas com a graça de Deus, que me dá forças para lutar a cada dia, sinto que já estou curada. Graças à sabedoria dos médicos, aos enfermeiros-anjos na terra vencerei mais essa luta.

Era Páscoa, ganhei um ovo de chocolate enorme e uma rosa do deserto vermelha cheia de flores e com muitas folhas brilhantes... tamanha felicidade pela surpresa! Esse homem sabe me agradar... ele é demais (marido).

Dormi bem, fiz crochê ontem à noite e me deu sono... Meu tapete está ficando lindo...adoro enfeitar a casa. De repente, em meio à felicidade, vem a tristeza, ainda não superei a perda dos cabelos, e das sobrancelhas então, me sinto uma cobra... não de maldade, de feiura.

Última QT, no mesmo horário da 1ª (7 meses de tratamento) as 15h (é nessa hora que a minha mãe faz com toda fé, o terço da misericórdia todos os dias).

A bênção dos pais é como se fosse Deus abençoando-nos!

Estou calma, leve, feliz e com fé. Pré-operatório para a cirurgia. Exames.

Filas de espera. Cansaço. Maria, passa na minha frente.